



REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS  
[www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt)

219

DEZEMBRO 2021

**ESTE SNS  
NÃO É  
NEM PARA  
VELHOS  
NEM PARA  
NOVOS!**

**VAGAS POR PREENCHER REVELAM  
GRAVIDADE DA SITUAÇÃO DO SNS**

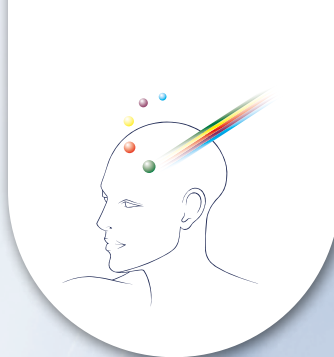
**MÉDICOS FIZERAM 4,4 MILHÕES  
DE HORAS EXTRAORDINÁRIAS**

13<sup>th</sup> SYMPOSIUM OF  
BIAL FOUNDATION

# BEHIND AND BEYOND THE BRAIN

Aquém e Além do Cérebro

The mystery of time



Casa do Médico - Porto  
April 6 to 9, 2022

**Organizing Committee:**

President  
AXEL CLEEREMANS (Brussels)  
ETZEL CARDEÑA (Lund)  
MIGUEL CASTELO-BRANCO (Coimbra)  
RUI COSTA (New York and Lisbon)  
RAINER GOEBEL (Maastricht)  
STEFAN SCHMIDT (Freiburg)  
CAROLINE WATT (Edinburgh)

**Participants:**

DARYL BEM (Ithaca, NY)  
ORFEU BERTOLAMI (Porto)  
MICHAEL BRECHT (Berlin)  
DEAN BUONOMANO (Los Angeles)  
JIMENA CANALES (Urbana-Champaign)  
ETZEL CARDEÑA (Lund)  
BERNARD CARR (London)  
MIGUEL CASTELO-BRANCO (Coimbra)  
AXEL CLEEREMANS (Brussels)  
RUI COSTA (New York and Lisbon)  
JENNIFER COULL (Marseille)  
PATRICIA CYRUS (Orlando)  
TERESA FIRMINO (Lisbon)  
RAINER GOEBEL (Maastricht)  
JULIA MOSSBRIDGE (Evanston and San Francisco)  
STEFAN SCHMIDT (Freiburg)  
ANIL SETH (Sussex)  
DANIEL SHEEHAN (San Diego)  
MÁRIO SIMÕES (Lisbon)  
WOLF SINGER (Frankfurt)  
JOSEPH S. TAKAHASHI (Dallas)  
CAROLINE WATT (Edinburgh)  
MARC WITTMANN (Freiburg)

F U N D A Ç Ã O

**Bial**

*Institution of public utility*



# SUMÁRIO

ROM 219 - DEZEMBRO 2021

|    |   |
|----|---|
|    | <b>EDITORIAL</b>  |
| 03 | A semântica do abandono do SNS  |
| 06 | <b>BREVES</b>   |
| 08 | <b>ENTREVISTA – Pedro Oliveira</b><br>Um bom líder é capaz de motivar e fazer acontecer   |
| 14 | <b>TEMA DE CAPA</b><br>Qualidade de vida, projetos profissionais aliciantes, reconhecimento, respeito, remuneração...<br>Este SNS não é nem para velhos nem para novos! |
| 24 | <b>ENTREVISTA – Miguel de Sousa Mendes</b><br>O trabalho deve ser uma viagem enriquecedora  |
| 29 | <b>ATUALIDADE</b><br>Um ano de vacinação: Ordem reafirma importância da vacinação e apela a que não se perca o foco   |
| 30 | Transformação digital em saúde: são precisos objetivos e liderança  |
| 32 | Assembleia de Representantes aprova plano de ação para 2022   |
| 34 | Nova fase da pandemia exige alteração urgente de normas e procedimentos   |
| 35 | Número de vagas por preencher é revelador da gravidade da situação do SNS   |
| 36 | Médicos fizeram 4,4 milhões de horas extraordinárias até setembro   |

08



14



24



36



Revista da Ordem dos Médicos: Ano 37 - N° 219 - DEZEMBRO - 2021

Propriedade: Conselho Nacional da Ordem dos Médicos | Sede: Av. Almirante Gago Coutinho, 151-1749-084 Lisboa - Tel.: geral da OM: 211 517 100

Diretor: Miguel Guimarães - Bastonário da Ordem dos Médicos | Diretores Adjuntos: António Araújo, Carlos Diogo Cortes, Alexandre Valentim Lourenço

Diretora Executiva: Paula Fortunato - paula.fortunato@ordemdosmedicos.pt | Redação: Paula Fortunato, Filipe Pardal | Dep. Comercial: rom@ordemdosmedicos.pt

Design gráfico: Vasco Mendes da Costa | Paginação: Gráficos à Lapa | Redação, Produção e Serviços de Publicidade: Av. Almirante Gago Coutinho, 151 - 1749-084 Lisboa

Impressão: Lidergraf - Sustainable Printing - Depósito Legal: 7421/85 ISSN: 2183-9409 | Periodicidade: Mensal - Circulação total: 50 000 exemplares (10 números anuais)

#### Nota da redação:

Os artigos assinados são da inteira responsabilidade dos autores; os artigos inseridos nas páginas identificadas das Secções são da sua inteira responsabilidade.

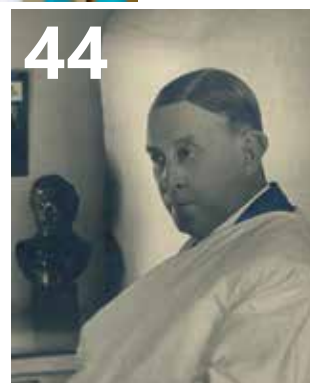
Em qualquer dos casos, tais artigos não representam qualquer tomada de posição por parte da Revista da Ordem dos Médicos.

Relativamente ao acordo ortográfico a ROM escolheu respeitar a opção dos autores. Sendo assim poderão apresentar-se artigos escritos segundo os dois acordos.

# SUMÁRIO

ROM 219 - DEZEMBRO 2021

|    |   |
|----|---|
| 38 | <b>FORA DE ORDEM</b><br>Pandemia, trabalho e saúde mental:<br>tensão e conquistas - Joana Almeida, advogada |
|    | <b>5 PERGUNTAS AOS COLÉGIOS</b>   |
| 40 | Cirurgia Cardioriorácica  |
| 41 | Neurologia  |
|    | <b>LEGES ARTIS</b>  |
| 42 | Prótese customizada em doente com síndrome<br>de Gardner  |
|    | <b>BAÚ DE MEMÓRIAS</b>  |
| 44 | Egas Moniz: uma personalidade multifacetada   |
| 46 | <b>ALTOS E BAIXOS</b>   |
| 48 | <b>PROVA DOS FACTOS</b>   |
|    | <b>CULTURA</b>  |
| 50 | Vasco Trancoso:<br>A fotografia é uma viagem de autoconhecimento  |
|    | <b>OPINIÃO</b>  |
| 53 | Que médicos queremos no futuro?   |
| 54 | Contexto atual dos cuidados paliativos em Portugal  |
| 58 | Um médico de proximidade inacessível  |
| 59 | O segundo Natal do SARS-CoV-2   |
| 60 | Carta aberta sobre o sistema de saúde   |
| 62 | Aneurisma – Tratamento possível?  |
|    | <b>INFORMAÇÃO</b>   |
| 63 | Informação SRC  |
| 69 | Informação SRS  |
| 75 | Informação SRN  |



# PRÊMIO

Regulamento e  
Formulário de Candidatura:  
[www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt)  
[www.fundacaobial.com](http://www.fundacaobial.com)

# Maria de Sousa

**2ª edição - 2022**

Destina-se a galardoar até cinco jovens investigadores científicos portugueses, de idade igual ou inferior a 35 anos, com projetos de investigação na área das Ciências da Saúde, incluindo um estágio num centro internacional de excelência.

**Visa premiar até:  
5 candidaturas  
€30.000 cada**

Prazo de candidaturas:  
1 de janeiro a 31 de maio de 2022

## **Júri**

**Presidente:** Rui Costa

## **Vogais:**

Maria do Carmo Fonseca  
Miguel Castelo-Branco  
Joana Palha  
Graça Porto



FUNDACÃO  
**Bial**  
Instituição de utilidade pública

COM O ALTO PATROCÍNIO  
DE SUA EXCELENCIA



*O Presidente da República*

# A semântica do abandono do SNS



MIGUEL GUIMARÃES

Bastonário da Ordem dos Médicos

Algumas notícias recentes dão conta de que, entre maio e novembro, foram mais de 400 os médicos que “abandonaram” o Serviço Nacional de Saúde – já que antes desse mês, em virtude de vigorar o estado de emergência imposto pela pandemia, os médicos estavam proibidos de rescindir os seus contratos com o serviço público de saúde. Na prática, estamos a falar de uma média de duas saídas por dia, o que num SNS cada vez mais depauperado é algo que se faz sentir e que é de extrema preocupação. Para inverter esta tendência, são necessárias várias coisas, e admitamos que estando criada esta dinâmica será sempre algo difícil de resolver. Mas podemos começar pela semântica: não são os médicos que estão a abandonar o SNS, foi quem faz a política de saúde do SNS – e tutela a área – que abandonou os seus profissionais e os doentes ao permitir e insistir num caminho de desinvestimento e desrespeito.

Nesta edição da Revista da Ordem dos Médicos, partilhamos um artigo com testemunhos de vários colegas que tomaram a decisão, difícil, de seguir outro caminho que os realizasse em termos pessoais e profissionais. Um caminho que permite também que a medicina avance, já que uma das razões que estão na

base destas saídas é igualmente a procura de tempo e meios para fazer investigação clínica. “O SNS é pouco flexível, só existe um modelo de carreira e só funciona para quem se sujeita a trabalhar muito mais do que as 40h semanais estipuladas por lei; não há espaço para a investigação, para projetos de cooperação internacional (...). Esta nova geração de médicos valoriza o poder de escolher e de ter ‘tempo’! O SNS tem de abrir espaço para estes profissionais se os quiser manter”, alerta, por exemplo, a colega Bianca Ascensão, uma das entrevistadas para este tema de capa.

Ao longo do meu mandato tenho precisamente defendido que a carreira médica deve ser aplicada e revitalizada e que é urgente que o tempo para a investigação possa ser contemplado e valorizado nos horários de trabalho. Sem essa oportunidade torna-se mais difícil repetir exemplos passados, como o de Egas Moniz, que também evocamos nesta revista, o nosso primeiro Nobel, e que se evidenciou precisamente pela investigação numa área em que ainda não existia qualquer resposta terapêutica. O tempo é, de facto, chave. Principalmente quando, em apenas nove meses, entre janeiro e setembro de 2021, os médicos

fizeram mais de 4,4 milhões de horas extraordinárias no SNS, de acordo com os dados da Administração Central do Sistema de Saúde. Mesmo assim, e mesmo perante tantas dificuldades presentes, continuamos a ter exemplos de perseverança, como é também relatado na rubrica *Leges Artis*, sobre uma equipa multidisciplinar de médicos, engenheiros e informáticos, do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, que conseguiu desenvolver uma prótese customizada para um doente com síndrome de Gardner.

A investigação é uma ideia-chave, mas não basta. Quanto mais tempo passa de um desajuste entre as necessidades da medicina presente, para médicos e doentes, mais difícil será recuperar a ligação genética que sempre existiu entre o SNS e todos nós, a começar pelo facto de ser na esmagadora maioria das vezes a nossa casa de formação. É tempo de repensar estrategicamente a área da saúde e de começar pela base, por quem todos os dias constrói a nossa saúde: o capital humano. Se não valorizarmos as pessoas, não há nenhum estudo, plano ou proposta que nos possa salvar e colocar de novo num caminho de sucesso sustentável. O sofrimento ético a que estamos sujeitos, de ter um doente à frente, sabermos que podemos fazer mais por ele, mas não termos os meios, é algo que marca profundamente e que não conseguimos enfrentar para sempre.

A dedicação dos médicos aos seus doentes não é para nós novidade. A pandemia teve, contudo, o mérito de evidenciar essa dedicação ao outro de forma esmagadora. Já há alguns meses, considero que o Papa Francisco definiu este nosso modo de ser, de estar e de nos entregarmos de forma simples, mas muito tocante. “O exemplo de tantos nossos irmãos e irmãs que arriscaram a própria vida ao ponto de perdê-la, suscita em todos nós a gratidão viva e é motivo de reflexão. Diante à tanta oblatividade, a inteira sociedade é incentivada a testemunhar sempre mais o amor ao próximo e o cuidado do outro, especialmente os mais vulneráveis. A dedicação de quantos, inclusive nestes dias, estão comprometidos nos hospitais e nas estruturas sanitárias é uma ‘vacina’ contra o individualismo e o egocentrismo, e demonstra o desejo mais autêntico que mora no coração do homem: ficar ao lado daqueles que mais precisam e se doar por eles”, afirmou o Papa Francisco.

Numa altura politicamente conturbada e em que nos aproximamos de eleições legislativas, sendo

A saúde é um ativo estratégico para o nosso país e merece ser um centro de diálogo, de acordo e de compromissos, o que implica que todos os partidos se disponham a remar juntos por este bem maior, evitando batalhas semânticas e assumindo que o que tem sido feito apenas tem conduzido a que o SNS abandone as suas pessoas de ontem e de hoje, que desejam e merecem ser as pessoas de sempre.

também esta a última revista de 2021, não posso deixar de aproveitar este momento para desejar que 2022 seja um ano mais justo, mais fraterno e mais solidário para todos. Um ano em que as pessoas sejam efetivamente o centro de todas as nossas preocupações e ações, a começar pelo poder político. Sem saúde não há economia, não há uma sociedade moderna e evoluída, não há felicidade.

A saúde é uma área central e estratégica para qualquer país desenvolvido, pelo que espero, com toda a sinceridade, que em janeiro reencontremos um caminho para este setor, independentemente do partido vencedor. Porque a saúde tem ideologia, mas não pode ser dominada ou totalmente condicionada por isso. A saúde é um ativo estratégico para o nosso país e merece ser um centro de diálogo, de acordo e de compromissos, o que implica que todos os partidos se disponham a remar juntos por este bem maior, evitando batalhas semânticas e assumindo que o que tem sido feito apenas tem conduzido a que o SNS abandone as suas pessoas de ontem e de hoje, que desejam e merecem ser as pessoas de sempre.



## PORTUGAL DEVE TER PAPEL MAIS FORTE NA VACINAÇÃO NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

A vacinação a nível global é um instrumento fundamental para vencermos a pandemia. Consciente que o vírus não conhece fronteiras, a 10 de dezembro, Dia Internacional dos Direitos Humanos, o bastonário da Ordem dos Médicos defendeu que Portugal tenha um papel mais forte na vacinação dos países em desenvolvimento, mais concretamente junto dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. "O aparecimento de novas variantes não é um sinal de falência das vacinas. É, sim, um sinal de um mundo que caminha a várias velocidades e em que os países mais ricos fizeram o seu percurso isoladamente, deixando uma vez mais para trás as sociedades menos estruturadas", lamentou Miguel Guimarães.



## ORDEM REQUER QUE DGS PUBLIQUE PARECER SOBRE VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS

Na sequência do anúncio da Direção-Geral da Saúde (DGS) da recomendação da vacinação contra a COVID-19 das crianças entre os 5 e os 11 anos, o bastonário da Ordem dos Médicos enviou um ofício a requerer acesso ao parecer que sustentou essa decisão, do qual a Ordem teve conhecimento através da comunicação social. "A confiança das populações nas instituições é crítica para o sucesso no combate à pandemia e para a própria democracia, e a transparência na vacinação das crianças é crucial para que os pais possam tomar decisões informadas", explicou o bastonário da OM. "Esta decisão deve ser acompanhada da divulgação de mais dados sobre a real situação da pandemia no nosso país, o que passa por saber o impacto do vírus na população pediátrica entre os 5-11 anos, tanto em termos de número de infeções como de internamentos, eventuais mortes e sequelas", reforçou, lamentando que, mais uma vez, não tenha sido ouvido o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. No mesmo dia em que a Ordem interpelou a DGS, a posição técnica foi divulgada e pode ser consultada aqui.

## "CAOS" NOS CENTROS DE SAÚDE

A Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) alertou para o facto da procura das Áreas Dedicadas a Doentes Respiratórios (ADR) estar a aumentar quase ao ritmo dos casos de COVID-19, gerando "caos absoluto" nos centros de saúde. "O que se passa neste momento é que temos muitos casos a aparecer todos os dias, muitos deles com sintomas que exigem observação presencial e, portanto, aumenta muito a afluência aos ADR", espaços destinados à avaliação clínica dos doentes com suspeita de infeção respiratória aguda, incluindo COVID-19, disse à agência Lusa o presidente da APMGF, Nuno Jacinto. "(...) Das duas uma: ou nós estamos nos centros de saúde a ver todos os outros doentes não-COVID, que continuam a precisar dos nossos cuidados, ou literalmente abandonamos estes doentes e vamos para os ADR", salientou. "Não dá para fazer omeletes sem ovos, nem nós conseguimos estar em dois sítios ao mesmo tempo", alertou Nuno Jacinto, adiantando que os serviços estão a tentar responder a "um aumento enorme" do número de casos de COVID-19 com a mesma resposta que usavam quando tinham 600 ou 700 casos por dia.

**BASTONÁRIO LAMENTA:  
GOVERNO IGNOROU SINAIS  
AO DESACELERAR VACINAÇÃO**



<https://www.jn.pt/nacional/bastonario-diz-que-governo-ignorou-sinais-ao-desacelerar-vacina-cao-14436480.html>

**CENTRO EUROPEU  
DE PREVENÇÃO E CONTROLO  
DAS DOENÇAS COLOCA  
PORTUGAL EM RISCO EXTREMO**



<https://observador.pt/2021/12/16/ecdc-coloca-portugal-em-risco-extremo-continente-e-madeira-pinta-dos-de-vermelho-escuro/>

**SEGUNDO REFORÇO  
"JÁ SERIA UMA VACINA MAIS  
AJUSTADA À ÓMICRON"**



<https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/segundo-reforco-nao-seria-quarta-dose-mas-ja-seria-uma-vacina-mais-ajustada-a-omicron-14414712.html>



## ORDEM DOS MÉDICOS SOLIDÁRIA COM MÉDICA AGREDIDA

A Ordem dos Médicos expressou o seu repúdio ao tomar conhecimento da agressão a uma médica, durante o exercício das suas funções, no serviço de urgência do Hospital de Gaia, na madrugada de dia 20 de dezembro. O bastonário da Ordem dos Médicos manifestou publicamente a sua solidariedade para com a médica agredida e censurou que a violência física e psicológica contra os profissionais de saúde continue impune "e sem uma solução robusta e estrutural que permita prevenir estas situações deploráveis". "Após dois anos de promessas, o Ministério da Saúde continua a não defender os médicos e a permitir que os agressores não sofram consequências legais pelos seus atos", realçou Miguel Guimarães.



### BASTONÁRIO LAMENTA "QUEBRA BRUTAL" NA VELOCIDADE DA VACINAÇÃO

Em entrevista à Agência Lusa, Miguel Guimarães considerou que a vacinação em Portugal "teve uma quebra brutal em termos de velocidade" e que o Governo ignorou os sinais de alerta ao desacelerar o processo. O bastonário da Ordem dos Médicos recordou que já havia alertado, "há um mês", para a necessidade de "acelerar o processo de vacinação porque, basicamente, estava parado". Sabendo-se que as principais vacinas, "a partir do terceiro/quarto mês, começam a não ter a mesma eficácia e ao sexto mês a eficácia já fica às vezes abaixo de 50%", o bastonário não compreende a desaceleração do processo e aponta o facto de, na terceira dose, Portugal já não estar "no topo a nível da Europa nem a nível mundial". "O facto de termos tido 86% das pessoas vacinadas (...) não nos garantia que estávamos todos protegidos ad eternum", notou, realçando que já se sabia isto quando o vice-almirante Henrique Gouveia e Melo saiu da coordenação do processo de vacinação, no final de setembro.



### "É MAIS URGENTE VACINAR AS PESSOAS QUE SÃO MAIS FRÁGEIS"

Durante o Fórum TSF de 16 de dezembro, o bastonário da Ordem dos Médicos apelou à vacinação urgente dos mais suscetíveis de terem complicações da COVID-19, isto é, "a população mais velha" que "é, de longe, a mais frágil". "O que é mais urgente neste momento é vacinar as pessoas que podem morrer em consequência da infeção". Já em declarações à LUSA, o bastonário explicitou: "É mais importante vacinar as pessoas com mais de 65 anos [cerca de 300 mil] e depois as pessoas com mais de 50, [que] são muito mais prioritárias do que, por exemplo, as crianças". "Nem é comparável. A prioridade, desde sempre, e mantém-se (...), não foi alterada: é pelas idades. De facto, a mortalidade ou letalidade e a gravidade da doença são muito maiores nas pessoas mais velhas do que nas pessoas mais novas".

**OMS APROVA 1ª VACINA  
FEITA A PARTIR DE PROTEÍNAS  
QUE DESENCADEIAM RESPOSTA  
IMUNITÁRIA**



<https://observador.pt/2021/12/17/oms-aprova-uso-de-emergencia-de-vacina-covovaxtm-produzida-na-india/>

**ORDEM DOS MÉDICOS  
QUER REDUÇÃO DE ISOLAMENTO  
PARA SETE DIAS**



[https://www.rtp.pt/noticias/pais/covid-19-ordem-dos-medicos-quer-reducao-de-isolamento-para-sete-dias\\_v1373567](https://www.rtp.pt/noticias/pais/covid-19-ordem-dos-medicos-quer-reducao-de-isolamento-para-sete-dias_v1373567)

**ÓMICRON ESPALHA-SE  
A RITMO FERROZ, MAS UE ESTÁ  
"MELHOR QUE HÁ UM ANO"**



<https://observador.pt/2021/12/17/omicron-espalha-se-a-ritmo-feroz-mas-ue-esta-melhor-que-ha-um-ano/>

# *Patient Innovation:* dar poder aos doentes **Um bom líder é capaz de motivar e fazer acontecer**



**Pedro Oliveira** é professor na Copenhagen Business School, na Dinamarca, professor catedrático convidado na NOVA SBE e foi professor associado na Católica Lisbon School of Business & Economics; É doutorado em Gestão de Operações, Tecnologia e Inovação (pela Universidade da Carolina do Norte), mestre em Investigação Operacional e Engenharia de Sistemas e licenciado em Engenharia Naval (IST).

É fundador e líder do projeto Patient Innovation e cofundador do PPL – Crowdfunding Portugal.

Principal impulsionador da plataforma portuguesa *Patient Innovation*, Pedro Oliveira garante que o sentido de missão é o que move a equipa multidisciplinar de voluntários que apoia doentes e cuidadores na promoção das suas soluções para chegar a outros doentes que delas podem beneficiar. O nosso entrevistado considera que um bom líder é aquele que motiva e faz acontecer e é disso de que se pode orgulhar quando analisa 8 anos ao serviço dos doentes do mundo inteiro, com uma plataforma que já regista 304 mil utilizadores oriundos de mais de 80 países. A *Patient Innovation* – que foi elogiada pelo secretário-geral das Nações Unidas Ban Ki-Moon em 2016 – recebeu ao longo destes anos a submissão de 5000 soluções, das quais 1500 foram validadas por médicos e posteriormente publicadas, cobrindo atualmente cerca de 260 doenças. O futuro já se está a construir enquanto falamos pois a equipa liderada por Pedro Oliveira implementou um *bootcamp* para ajudar a trazer para o mercado os produtos criados por doentes e cuidadores. Simultaneamente, está a desenvolver um ecossistema de inovação formado pelas empresas criadas por esses mesmos doentes e cuidadores e está ainda a preparar um “laboratório social”, que pretende dar apoio técnico para transformar em realidade as soluções imaginadas neste contexto. A *Patient Innovation* é uma plataforma aberta a todos os doentes, independentemente da doença e geografia, e permite – após validação médica – partilhar as soluções que desenvolveram com outros doentes que estejam a enfrentar desafios semelhantes, impostos por uma determinada condição de saúde. Pedro Oliveira explicou-nos como a pandemia gerou inovação e falou-nos do impacto significativo de todas estas soluções e da importância de ajudar doentes e cuidadores, empoderando-os para a gestão da sua saúde. Aqui o conceito chave é a “liderança partilhada” porque não há espaço para protagonismos inconsequentes, mas sim para ação/fazer acontecer em prol de quem sofre com uma condição de saúde para a qual o mercado, nomeadamente dos dispositivos médicos não invasivos, ainda não tem resposta.

**> Desenvolveu um projeto para dar voz aos doentes. Como nasceu essa ideia?**

A ideia surgiu no seguimento de um projeto de investigação com foco na inovação pelo utilizador na área da saúde. Apercebemo-nos que existe efetivamente muito potencial inovador quando algumas das necessidades do dia-a-dia não são respondidas no mercado. Contudo, concluiu-se também que a divulgação e partilha destas soluções não é de todo bem-sucedida, sendo que na maioria das vezes estes inovadores criam soluções apenas para resolver as suas próprias necessidades, não partilhando com terceiros. Há alguns inovadores que partilham com a sua comunidade de doentes, mas raramente as inovações são partilhadas com elementos da comunidade médica, por exemplo. Assim, lançou-se em 2014 uma plataforma para que quem tenha desenvolvido uma inovação possa partilhá-la com a comunidade, e quem tenha necessidades não respondidas possa encontrar soluções para melhorar a sua qualidade de vida, ou até discutir com o inovador como melhorar a solução anteriormente proposta.

**> Pode explicar-nos melhor como funciona?**

A *Patient Innovation* consiste numa plataforma online, internacional, multilingue e sem fins lucrativos que tem como objetivo facilitar a partilha de soluções inovadoras desenvolvidas por doentes de qualquer patologia, bem como pelos seus cuidadores. Criámos a plataforma porque na nossa investigação descobrimos que um elevado número de doentes muitas vezes desenvolve soluções inovadoras muito importantes para eles e para as suas famílias ou cuidadores. Percebemos também que, se essas soluções fossem partilhadas com pessoas com problemas semelhantes, elas poderiam ajudar muito mais gente.

A plataforma é aberta a todos os doentes (aqueles que criam soluções para eles próprios), aos cuidadores (aos que desenvolvem soluções para entes queridos, mas também aqueles que desenvolvem soluções para alguém fora do seu círculo familiar/amigos) de qualquer doença e localização geográfica. O problema/desafio experienciado por um utilizador pode ser semelhante ao de muitos outros, pelo que a solução desenvolvida para o resolver pode ser aplicável a muitas outras pessoas. Esta plataforma funciona como uma rede social de doentes e cuidadores pois um dos objetivos é promover a discussão e consequente melhoria das soluções apresentadas entre a comunidade de necessidades semelhantes.

A equipa médica da *Patient Innovation* apresenta um papel chave em todo o processo, pois são eles que avaliam e validam (ou não) as soluções submetidas pelos utilizadores da plataforma – não são aceites agentes químicos ou biológicos, dispositivos invasivos ou intrinsecamente perigosos, excluindo-se também submissões com o intuito ofensivo ou inapropriado ou com propósito comercial.

**> Quem são os parceiros desta iniciativa?**

O projeto de investigação começou em 2011, liderado por mim quando eu era professor e investigador na Católica Lisbon School of Business and Economics, em parceria com o MIT Sloan School of Management e a Carnegie Mellon University. Em Portugal, o projeto começou por contar também com o apoio do Instituto de Medicina Molecular, a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Devido a mudanças de funções da equipa nas instituições envolvidas, hoje em dia o projeto assenta no apoio institucional da Nova School of Business and Economics e na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, mantendo-se fundado e liderado por mim e pela prof. Helena Canhão. Mantém-se também desde o início o apoio de vários membros de renome da comunidade científica, incluindo Prémios Nobel, notáveis académicos de várias áreas científicas, doentes e associações de doentes de várias doenças de todo o mundo.



O Prémio Nobel da Paz Muhammad Yunus com Pedro Oliveira

...8% dos entrevistados tinham efetivamente desenvolvido soluções inovadoras e novas para o mundo; contudo, apenas 5% deles partilharam informação sobre as suas inovações com profissionais médicos. Estes factos (...) enfatizam a necessidade de desenhar políticas de saúde pública que facilitem e ajudem o empoderamento dos doentes e dos seus cuidadores para desenvolverem e partilharem as suas soluções.

### > Têm uma equipa multidisciplinar? Qual o papel dos médicos neste projeto?

O projeto assenta no trabalho de uma pequena equipa multidisciplinar, que envolve áreas de gestão, ciências da saúde, engenharia e direito, sendo que os nossos colaboradores contribuem para o projeto em regime voluntário, apesar das suas áreas profissionais cruzarem em parte o tema da inovação pelo doente ou cuidador. A equipa médica da *Patient Innovation* apresenta um papel chave em todo o processo, pois são eles que avaliam e validam (ou não) as soluções submetidas pelos utilizadores da plataforma – não são aceites agentes químicos ou biológicos, dispositivos invasivos ou intrinsecamente perigosos, excluindo-se também submissões com o intuito ofensivo ou inapropriado ou com propósito comercial.

### > Há pouca inovação do utilizador na saúde?

A nossa investigação mostra que a inovação pelo utilizador na área da saúde tem tradição mas é pouco reconhecida. Num estudo que envolveu o contacto com 500 doentes e cuidadores, 53% assumiram tomar iniciativa para resolver um problema relacionado com a condição de saúde que enfrentam. Além disso, confirmou-se que 8% dos entrevistados tinham efetivamente desenvolvido soluções inovadoras e novas para o mundo; contudo, apenas 5% deles partilharam informação sobre as suas inovações com profissionais médicos. Estes factos, aliados com a circunstância de soluções desenvolvidas por doentes e cuidadores apresentarem implicitamente um alto nível de validação, enfatizam a necessidade de desenhar políticas de saúde pública que facilitem e ajudem o empoderamento dos doentes e dos seus cuidadores para desenvolverem e partilharem as suas soluções.

### > Em 2016 estavam em conversações com o Ministério da Saúde português. Houve algum avanço institucional concreto?

Infelizmente as pessoas com quem iniciamos as conversas saíram e não houve desenvolvimentos.

### > Pode destacar uma solução que pela sua simplicidade ilustre bem o poder desta plataforma?

Uma solução simples, mas com grande impacto na vida de várias pessoas, que gostamos de usar com um bom exemplo de solução desenvolvida por um



doente é a 'The Shower Shirt®' da Lisa Crites. A Lisa é uma sobrevivente de cancro da mama americana que foi aconselhada a evitar tomar banho após a sua mastectomia para prevenir riscos de infeção. Não se contentando com esta solução para doentes como ela, que estavam sujeitos a utilizar sacos de lixo ou película aderente na tentativa de proteger os drenos de se molharem durante o banho, ela decidiu criar uma camisa que permite que os doentes possam tomar banho sem correr o risco de sofrer infeções uma vez que foi desenhada para manter secos os locais de drenagem pós-cirúrgicos. Hoje em dia esta solução é utilizada também por doentes que sofreram diversas ações cirúrgicas no peito, como hemodiálise, cardíacas, pulmonares, hérnias, etc...

**> E um exemplo de um contributo inovador que demonstre que não é o preço que faz a maior diferença?**

Um contributo inovador simples e de baixo valor económico que se traduz num impacto diferenciador é o 'The Upsee®' criado pela Debby Elnatan, de Israel. Debby é mãe de um menino com paralisia cerebral que, desde pequeno, recebeu o prognóstico de grandes limitações motoras. Debby quis encontrar uma maneira de fazer com que o seu filho sentisse a sensação de estar de pé e andar, o que após várias estratégias e tentativas se traduziu na criação de um dispositivo arnês de mobilidade que permite que a criança com problemas motores possa andar com a ajuda de um adulto.

**> Qual a solução mais surpreendente que analisaram nestes 8 anos?**

É difícil eleger "a solução mais surpreendente", mas uma das mais mediáticas e claramente surpreendente do nosso portfólio é um dispositivo desenvolvido por Tal Goleworthy do Reino Unido: em 1992 Tal descobriu que sofre de Síndrome de Marfan, o que se traduz no dilatar gradual da aorta ascendente. Em 2000 foi aconselhado a recorrer a cirurgia para substituir a aorta por um enxerto artificial, bem como a tomar anticoagulantes para o resto da vida. Sendo engenheiro de formação, Tal quis melhorar as suas hipóteses e comparou a sua aorta expandida a um problema de canalização, tendo desenvolvido uma solução que atuasse como uma fita de isolamento e controlasse a pressão do percurso sanguíneo que pudesse ser envolvido do lado de fora da aorta: o 'The exovasc®'. O dispositivo foi colocado em Tal numa cirurgia em 2004, sendo uma cirurgia mais simples pois o recetor e a válvula permanecem intactos. Já mais de 500 doentes beneficiaram desta solução.





**> E uma inovação tão complexa que surpreende ter sido desenvolvida por um doente?**

Infelizmente, existem tantas condições de saúde que afetam seres humanos de todos os sexos, idades, geografia ou formação académica que as inovações publicadas na nossa plataforma variam de soluções simples a altamente complexas, dependendo não só do perfil do inovador, mas também da necessidade que este enfrenta. Desta forma, soluções complexas desenvolvidas por doentes não são algo que nos surpreenda; ainda assim, o exemplo do 'The exovasc®' descrito acima será um bom exemplo de inovação complexa.

**> A plataforma ganhou relevância no contexto da pandemia?**

Sim, durante a pandemia apercebemo-nos que uma nova vaga de inovação invadiu a nossa sociedade uma vez que neste contexto todos estamos sujeitos a ser os doentes num futuro muito próximo. Assim, a partir de março de 2020 criámos uma página

na plataforma dedicada exclusivamente a soluções desenvolvidas por doentes e grupos de cidadãos para lidar com necessidades da pandemia, quer durante quer após o confinamento, bem como a vida quotidiana ou tratamento de doentes de COVID-19. Reunimos mais de 300 soluções medicamente validadas que variam entre adaptações simples, como viseiras e máscaras *low-cost* no início da pandemia, a soluções mais complexas como ventiladores de fácil construção ou adaptação de equipamentos já existentes.

**> Qual o conceito subjacente à criação dos *Patient Innovations Awards* e quantas edições já houve?**

Os *Patient Innovation Awards* visam tanto homenagear e celebrar o impacto de inovações desenvolvidas por doentes, cuidadores e colaboradores, como motivar a comunidade para continuar a inovar e responder a necessidades não atendidas no mercado.

Durante a pandemia apercebemo-nos que uma nova vaga de inovação invadiu a nossa sociedade uma vez que neste contexto todos estamos sujeitos a ser os doentes num futuro muito próximo. (...) Reunimos mais de 300 soluções medicamente validadas que variam entre adaptações simples, como viseiras e máscaras *low-cost* no início da pandemia, a soluções mais complexas como ventiladores de fácil construção ou adaptação de equipamentos já existentes.

## Queremos desenvolver um laboratório social, para ajudar a tornar realidade soluções imaginadas por doentes ou cuidadores que precisem de ajuda técnica para concretizar as ideias.

Assim, já foram realizadas 4 edições destes prémios (2015, 2016, 2017, 2019).

### > Usam o termo “liderança distribuída”. Como é que se pode conjugar uma liderança forte e essa descentralização do “poder” e empoderamento dos destinatários dessa mesma liderança?

O termo “liderança distribuída” significa que o projeto *Patient Innovation*, apesar de ter uma equipa de gestão responsável, transmite grande parte do “poder” e orientação do projeto aos seus destinatários: doentes e cuidadores, que reconhecemos como inovadores. O projeto tem sido desenhado sempre com vista às necessidades que sentimos e vamos recebendo deste grupo de cidadãos, o que se tem traduzido tanto na plataforma, como nos *Patient Innovation Awards* ou mais recentemente no *Patient Innovation Bootcamp*. Sendo que todas as nossas atividades têm os doentes e cuidadores no centro, no momento em que estes destinatários deixem de ver valor e importância nestas abordagens, o projeto deixa de fazer sentido.

Assim, o estilo de liderança será tão mais eficaz consoante o enquadramento da gestão em questão. No caso do projeto *Patient Innovation*, entendemos que a liderança “distribuída” mostra-se mais eficaz. Ainda assim, obviamente que uma liderança forte no âmbito do grupo de trabalho tem se revelado chave no alcance do projeto.

### > O que é um bom líder?

Aquele que é capaz de motivar uma equipa para fazer acontecer.

### > Oito anos depois, o que é que ainda o motiva neste projeto?

8 anos depois o projeto continua a mostrar que tem um impacto significativo na vida das pessoas, quer na vida dos inovadores como nos outros doentes que beneficiam dessas inovações, e essa é a

nossa motivação: continuar a ter impacto e chegar ainda mais longe. O projeto tem sido distinguido nos últimos anos por uma série de prémios e reconhecimentos, incluindo as Nações Unidas, e as suas atividades apoiadas por várias agências financiadoras, tanto nacionais como europeias, o que revela que o trabalho que estamos a desenvolver está no caminho certo e alinhado com os objetivos da nossa sociedade.

### > Falou do *Patient Innovation Bootcamp*... Em que consiste?

É um projeto inovador que tem ganho vida nos últimos dois anos e que se traduz num programa acelerador que visa ajudar doentes e cuidadores a desenvolver e trazer para o mercado os produtos que criam para resolver uma necessidade associada à doença que enfrentam. Este projeto tem sido desenvolvido por um consórcio europeu, com algumas das melhores Universidades Europeias (Copenhagen Business School, IESE, Universidade Nova de Lisboa, Universidade de Copenhagen), empresas (Glintt, Walk With Path) e centros tecnológicos (Biocat), e financiado pelo European Institute of Innovation and Technology (EIT) Health.

### > Que (outro) projeto inovador gostava de desenvolver?

Já estamos a iniciar o desenvolvimento de um ecossistema de inovação formado por empresas criadas por doentes e cuidadores com base nos produtos inovadores que desenvolveram. Este ecossistema juntará as diferentes partes interessadas do setor dos cuidados de saúde, facilitando a partilha de informação e serviços para aumentar o impacto das empresas envolvidas.

Outro projeto que também queremos desenvolver é um laboratório social, para ajudar a tornar realidade soluções imaginadas por doentes ou cuidadores que precisem de ajuda técnica para concretizar as ideias.

**Qualidade de vida,  
projetos profissionais aliciantes,  
reconhecimento, respeito, remuneração...**

# **Este SNS não é nem para velhos nem para novos!**

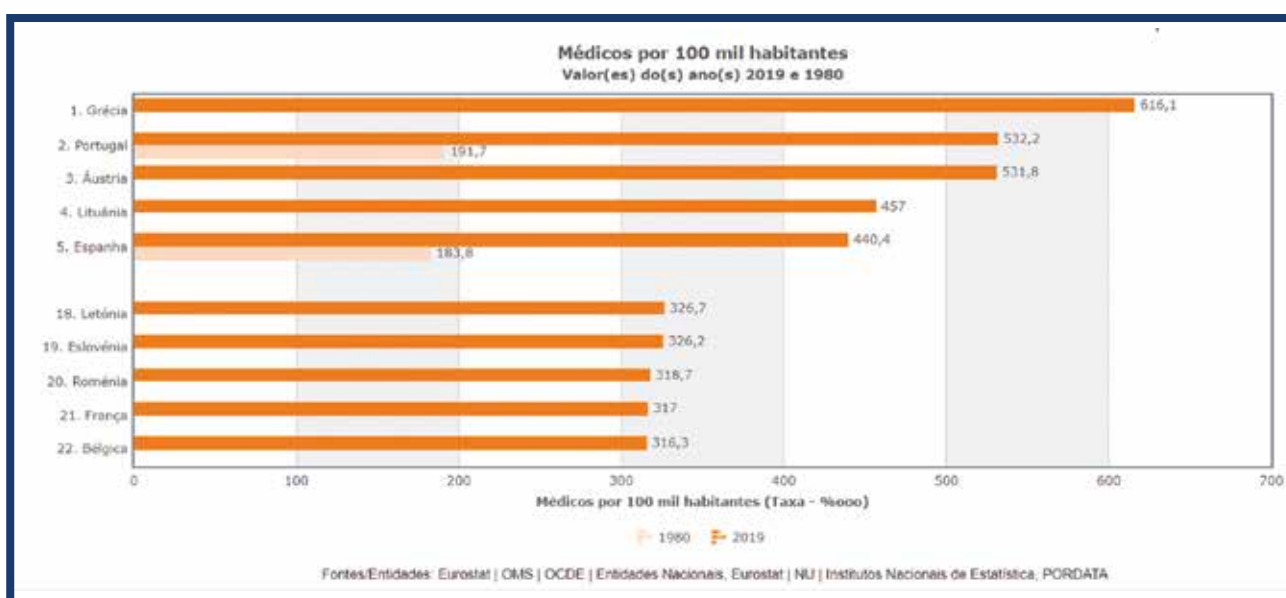
Há anos que a Ordem dos Médicos procura alertar os responsáveis políticos para as dificuldades que afetam o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e que levam à degradação de estruturas e equipamentos e, simultaneamente, ao desgaste físico e psicológico de quem, diariamente, dá o seu melhor pela saúde dos outros: os profissionais de saúde, e, mais especificamente, os médicos. Lamentavelmente, este é um processo que se arrasta, fruto do subfinanciamento crónico e da falta de planeamento na saúde que têm afetado negativamente aquele que é o serviço público mais acarinhado pelos portugueses. Na Comissão de Saúde, em outubro passado, o bastonário Miguel Guimarães deixou mais uma vez claro que a alegada falta de médicos no nosso país se explica numa frase: “50% dos médicos que existem em Portugal não estão no SNS” e frisou que, desde 2015, “foram mais os jovens médicos que não ficaram a trabalhar no SNS do que aqueles que ficaram”. Ou seja: não faltam profissionais. O que falta são políticas de recursos humanos em saúde adequadas, que valorizem os profissionais e o seu percurso, e que tornem o SNS um local de trabalho saudável e atrativo de forma a deter o êxodo de médicos. É precisamente essa constatação que trazemos nesta reportagem, sob a forma de testemunhos de quem se viu “empurrado” para fora do SNS...



Com a declaração do fim do estado de emergência, que incluía a proibição de rescindir contrato com o SNS, várias centenas de médicos abandonaram o serviço público de saúde. Esta é uma situação que não é de agora, como frisou o representante máximo dos médicos na Assembleia da República. Aliás, sucessivos bastonários da Ordem dos Médicos levantaram a sua voz em defesa do SNS, em apelos para que se criassem condições para que os médicos pudessem permanecer no setor público. Recordamos, por exemplo, as palavras proferidas em 2020 por Carlos Ribeiro, no discurso que fez na cerimónia de tomada de posse do atual bastonário, em que deixou o aviso: “o SNS está a definhar”, alertando para as exigências desmedidas de administradores e gestores, fatores que concorrem para a “debandada” de profissionais, num claro sinal de que o Serviço Nacional de Saúde não está bem. Todos os bastonários têm, de uma forma ou outra, deixado apelos à ação consequente por parte da tutela pois, a falta de planeamento no setor da saúde resulta na desestruturação do próprio serviço público e “origina taxas cada vez mais elevadas de abandono, absentismo, sofrimento ético, ‘burnout’ e violência física e psicológica”, como tem sido referido pelo atual bastonário, Miguel Guimarães, nas mais diversas instâncias.

A falta de autonomia e de flexibilidade atribuídas às chefias e a impossibilidade de dedicação exclusiva para os profissionais, a par de diversas disfuncionalidades organizacionais, são algumas das causas do afastamento dos médicos do SNS. É disso que nos fala João

Viegas Rato, médico oncologista que sonhava permanecer no serviço público, mas acabou por se desvincular em junho de 2020, a bem da sua saúde, afirma, optando por um contrato integral no Hospital da Luz Setúbal onde “tem aprendido muito com a perspetiva integrativa de gestão hospitalar”. Embora a sua primeira opção fosse “sempre a continuidade no SNS”, mesmo “sabendo que [no serviço público] iria integrar uma equipa a necessitar de reforços” e “num contexto complicado”, ver-se-ia impelido a mudar para o setor privado. Mesmo consciente das dificuldades, o SNS “era um desafio que queria abraçar”. Lamentavelmente, o passar do tempo e “a incapacidade de alterar algumas premissas básicas” fez com que o desejo de mudança tivesse precedência: “excesso de trabalho, excesso de doentes, a frustração diária de resolução de inúmeras situações, falta constante de exames fundamentais para tomada de decisão, constantes atrasos nos ‘timings’ de decisão preconizados pelas razões referidas, etc. colocaram-me em pré-burnout”, assume. Perante os riscos para a sua saúde mental e da sua família, frisa que não estava disposto a continuar a ficar “em 2º lugar”, como fizera para poder permanecer no SNS. Este especialista optou então por aceitar um dos “convites do privado” que “surtem logo após o término da formação específica em Oncologia”. A falta de organização da estrutura de gestão pública hospitalar e a “crescente falta de respeito social, mas sobretudo político, para com os profissionais” de saúde foram circunstâncias que o fizeram querer sair. João Viegas Rato explica-nos que esteve um



Faltam médicos no SNS mas, se incluirmos o setor privado e social, Portugal tem mais médicos por 100 mil habitantes que a média europeia

FONTE: PORDATA

“Excesso de trabalho, excesso de doentes, a frustração diária de resolução de inúmeras situações, falta constante de exames fundamentais para tomada de decisão, constantes atrasos nos ‘timings’ de decisão preconizados pelas razões referidas, etc. colocaram-me em pré-burnout” – João Viegas Rato



breve período como responsável de um Serviço no hospital público para o qual “tinha como objetivo a reorganização estrutural integral, por áreas de atuação e otimização de recursos e circuitos através de apoios externos (equipas de gestão) para acreditação desse mesmo Serviço”. Contudo, constatou “na primeira pessoa” que “existe muito pouca autonomia por parte dos responsáveis [da área médica e da enfermagem] para poderem alterar paradigmas, circuitos ou práticas nas áreas que lhes competem”, num processo organizacional que define como “muito pouco democrático!”... A saída do SNS trouxe-lhe “grande incremento em qualidade de vida” e “mais disponibilidade financeira e temporal para cultivo pessoal, familiar e, inclusivamente, profissional” com “investimento em formações extracurriculares”.

### Trabalhar com maior dinamismo e possibilidade de progredir na carreira

Num mundo global, numa Europa sem entraves à livre circulação de profissionais, em que a internet e as viagens *low cost* definem a distância entre dois pontos, se não soubermos criar as condições necessárias para que os mais jovens optem por trabalhar no Serviço Nacional de Saúde este serviço deixará de se renovar e perderá capacidade de inovação e de acompanhar as leges artis... O SNS tem que ser capaz de dar resposta às aspirações da nova geração, essa tal “geração dos voos *low cost* e da internet”, seja na vontade de ver o seu horário de trabalho bem definido e respeitado, seja na possibilidade de incluir projetos humanitários e/ou inovadores. “Temos de corrigir esta situação porque, senão, qualquer dia o Serviço Nacional de Saúde, que já está numa rampa deslizante, começa a cair cada vez mais e depois pode não ser recuperável”, tem alertado o bastonário, Miguel Guimarães.

Mas o nosso serviço público não está a acompanhar a evolução da sociedade e não está a conseguir proporcionar percursos profissionais que cativem os mais jovens, como nos explica a médica Telma Azevedo, que deixou o SNS em junho de 2020 para abraçar a

área do voluntariado e trabalho humanitário com os Médicos Sem Fronteiras. “Estou neste momento como gestora médica num projeto na área do HIV avançado na cidade da Beira, em Moçambique”. Essencialmente, a motivação para a mudança veio da “possibilidade de trabalhar a nível internacional” com “maior dinamismo e a possibilidade de progredir na carreira”. Especificamente na área humanitária, “a possibilidade de colaborar com equipas multidisciplinares e multiculturais” foi motivadora da mudança.

Tendo em conta que os médicos já fazem 40 horas semanais no SNS, não é aceitável que se espere que complementem o vencimento às custas de um excesso de horas extraordinárias, além da carga horária normal, roubadas quer ao necessário descanso, quer ao igualmente necessário convívio familiar. Aliás, os limites legais, de 150 horas extraordinárias por ano, são frequentemente ultrapassados porque a falta de recursos humanos é gritante e os médicos fazem constantes

### Mais de 400 médicos deixaram o SNS em poucos meses

Durante o período de vigência do estado de emergência foi suspensa, “temporária e excecionalmente, a possibilidade de cessar contrato de trabalho de profissionais de saúde vinculados aos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde, independentemente da natureza jurídica do vínculo, quer por iniciativa do empregador, quer por iniciativa do trabalhador”, incluindo os prestadores de serviços; foi ainda decretada a renovação automática de contratos de trabalho a termo “cuja caducidade devesse operar na pendência” nesse mesmo período. Findo o estado de emergência e retomada a plenitude dos direitos constitucionais, e de acordo com as estatísticas da Direção-geral da Administração e do Emprego Público, entre 30 de junho e 30 de setembro de 2021, houve uma acentuada redução, com 418 médicos a deixar o serviço público.

esforços para garantir que os seus doentes não ficam sem cuidados. Cada vez mais se discute o legítimo direito aos tempos de descanso e os médicos não são exceção. É por isso que, para motivar outros colegas a permanecer no SNS, Telma Azevedo sugere que se ofereça “a possibilidade de realizarem projetos aliciantes para o seu crescimento, permitir a capacitação das equipas em novas áreas”, mas fala também da “redução do número de horas extraordinárias, incentivos a trabalhar em áreas menos desenvolvidas e com maior necessidade de recursos humanos, possibilidade de crescimento na carreira”. No seu caso específico, para ficar em Portugal e no SNS, teria sido “necessário que tivessem permitido que realizasse trabalho humanitário”. Aliás, numa tabela de pontos importantes para atrair os mais qualificados, esta jovem infeciologista coloca em primeiro lugar a possibilidade de integrar projetos novos e o respeito pelo descanso, com uma carga horária equilibrada. A distribuição equitativa de trabalho e de responsabilidades pelas equipas médicas é outro fator cuja relevância assinala.

### Uma família, duas gerações de médicos a deixar o SNS

Num SNS muito depauperado pela falta de investimento, onde faltam profissionais e em que há elevadas taxas de exaustão e burnout entre os que permanecem resilientemente a lutar pela saúde dos portugueses, a saída de especialistas (em 2021, em média, foram 2 médicos por dia que deixaram o SNS) só vem agravar a situação. Este problema não se reporta apenas aos mais novos. Há várias gerações a deixar o setor público

e as motivações passam, e muito, pelo reconhecimento da dedicação e do trabalho desenvolvido. Ou, melhor dizendo, pela ausência desse reconhecimento, seja por parte das chefias, seja da tutela. É isso que sentimos no testemunho de Jorge Manuel de Castro, um especialista em Medicina Interna que deixou definitivamente o SNS em março de 2019, altura em que acabou a especialidade e foi para o Grupo Luz Saúde. Na semana a seguir ao exame de especialidade, Jorge Manuel de Castro desvinculou-se do SNS e, num curto período de tempo, recebeu três novas propostas de trabalho. O jovem internista não hesita em explicar que se “sentia frustrado com a falta de valorização e ausência de perspetivas de mudança do *status quo* a longo prazo”. “Excetuando a minha tutora e um grupo próximo de pessoas, nunca tive validação, nem reconhecimento do meu mérito pela minha chefia”. É precisamente a “valorização profissional” que o aliciou a deixar o SNS: “ter pessoas que acreditaram em mim, que me lançaram desafios e que souberam reconhecer os meus pontos fortes e fragilidades e potenciaram-nos”, são elementos que fazem toda a diferença. “No meu serviço, no SNS, recebi um ‘vai, porque te vai fazer crescer; aqui não te vamos conseguir dar’” as mesmas oportunidades, depreendemos... E Jorge Manuel de Castro “foi” e entrou para a Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz onde se sentiu “parte de algo” maior, um sentimento que define como “motivante”. “Além disso, mudei para uma das melhores unidades de cuidados paliativos do país, modéstia à parte, e o estímulo de aprender com os melhores também contou”. Com o SNS como está, este jovem especialista considera que a remuneração “não é o fator principal”: “Qualquer médico indiferenciado

[Para fixar médicos, o SNS deve oferecer]

“a possibilidade de realizarem projetos aliciantes para o seu crescimento, (...) a redução do número de horas extraordinárias, incentivos a trabalhar em áreas (...) com maior necessidade de recursos humanos, possibilidade de crescimento na carreira” – Telma Azevedo

“É importante que os portugueses saibam que os médicos saem do SNS porque não estão a ser bem tratados” – Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos



“Conseguí ter estabilidade, família, amigos, e tempo para investir noutras coisas. (...) Comecei um mestrado, vou dar aulas numa faculdade e sou formador em 4 cursos de Cuidados Paliativos e comecei aulas de teatro e Jiu Jitsu. Até adotei um cão, coisa que com a vida que tinha no SNS seria impossível!” – Jorge Manuel de Castro



ganha mais a trabalhar como tarefeiro, do que um interno ou um assistente hospitalar” mas, frisa, “os profissionais buscam satisfação profissional”, algo que passa “pela realização dos seus projetos”.

A família não só apoiou a 100% a sua decisão, como deu o exemplo de que devemos sempre lutar pelos nossos sonhos e desejos: a mãe de Jorge Manuel de Castro, que é médica especialista em Medicina Geral e Familiar, estava a trabalhar numa USF em modelo B e “decidiu emigrar para Toulouse aos 57 anos”, onde trabalha atualmente 35h por semana (menos do que os médicos fazem no SNS), tendo “ganho qualidade de vida, além de uma remuneração cerca de duas vezes superior à que tinha em Portugal”, conta-nos.

A saída do SNS traz, acima de tudo, esse equilíbrio entre tempo de trabalho e tempo livre. “Conseguí ter estabilidade, família, amigos, e tempo para investir noutras coisas”. “Comecei um mestrado, vou dar aulas numa faculdade e sou formador em 4 cursos de Cuidados Paliativos e comecei aulas de teatro e Jiu Jitsu. Até adotei um cão, coisa que com a vida que tinha no SNS seria impossível!”.

Embora refira que se tivesse existido “meritocracia” poderia ter ficado no SNS, o regresso de Jorge Manuel de Castro ao setor público não parece ser uma possibilidade porque não vê “por parte de quem tem poder para decidir, vontade em mudar” o que está mal.

### **SNS pouco flexível: falta espaço para investigação e cooperação internacional**

Há, portanto, uma multiplicidade de fatores que contribuem para o êxodo de médicos do serviço público e que ultrapassam largamente o espaço físico disponível para esta reportagem. Ficamos apenas por alguns exemplos: falta de condições para o exercício da medicina de acordo com as melhores práticas, uma espécie de ditadura da informática em que os profissionais se veem a braços com tarefas administrativas

como o registo de indicadores e outras tarefas que são consumidoras de um tempo que não lhes sobra e que é roubado aos seus tempos de descanso, disfunções de sistemas informáticos e falta de comunicação entre aplicações, tornando essas tarefas administrativas equiparáveis aos 12 trabalhos de Hércules, exigências desmedidas de burocratas, quer em termos de produtividade meramente numérica – como se um ato médico fosse um produto fabril normalizado segundo as regras cegas desses gestores –, quer em termos de horários excessivos, com uma sobrecarga de horas extraordinárias (ver na página 36 o artigo sobre os 4,4 milhões de horas extraordinárias feitas pelos médicos de janeiro a setembro de 2021) – para combater a falta de recursos humanos – nunca vista.

Para alguns médicos é a falta de tempo para investigação que os desmotiva, como explica Jorge Manuel de Castro a propósito da “busca de satisfação profissional”, que implica “ter instituições que invistam e contemplem tempo para mestrados, investigação, atividade académica, etc.” A falta dessas condições, frisa, “aliada à saturação de um SNS que não muda, nem quer mudar, é o que leva os médicos a saírem, para o privado, para o estrangeiro, etc.”, conclui o jovem internista.

Para outros, é a impossibilidade de integrar projetos diferentes que os empurra para deixar o setor público. Vejamos o exemplo de Bianca Ascensão: estavam em 2019 quando esta jovem médica acabou o internato da especialidade de Doenças Infecciosas. Perante os obstáculos que sentiu no SNS e que bloqueavam os projetos e sonhos que acalentava, desvinculou-se e foi trabalhar para uma ONG na Suazilândia, país onde continua até hoje. “Mas neste momento estou a fazer investigação clínica noutra organização”, explica-nos. Foi precisamente “a possibilidade de trabalhar como infeciologista num país em desenvolvimento, com pouquíssimos recursos e poucos profissionais qualificados, porém com imensas necessidades” que a motivou a



| Anos | Total       |             |             |             |             |            |
|------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
|      | Alemanha    | Espanha     | Francia     | Italia      | Polónia     | Portugal   |
| 2009 | 534.975     | 220.777     | 390.214     | 226.527     | 73.561      | 47.097     |
| 2010 | 546.723     | 222.022     | 397.756     | 225.632     | 81.843      | 47.616     |
| 2019 | 735.584     | 231.413     | 461.891     | 355.854     | 164.005     | 61.455     |
| 2020 | Pro 734.544 | Pro 231.769 | Pro 470.585 | Pro 349.836 | Pro 173.202 | Pro 65.356 |

4

Pessoal total (ETI) em actividades de investigação e desenvolvimento (I&D): total e por área científica  
Fontes de Dados: Eurostat | OCDE | Entidades Nacionais  
Fonte: PORDATA  
Última actualização: 2021-11-30

Que países têm, em unidade equivalente a tempo integral, mais e menos pessoas a fazer I&D em ciências exactas e naturais, médicas e da saúde, de engenharia e tecnologia, agrárias, sociais ou humanidades?  
Fonte: PORDATA

seguir essa opção profissional. A família apoiou a decisão de deixar o SNS e seguir os sonhos. Mas não é só de sonhos que se trata, pois, Bianca Ascensão confirma que tem agora “uma vida bem mais equilibrada”, com mais tempo para a família. Se tivesse tido a possibilidade de obter uma licença sem vencimento para realizar voluntariado/trabalho humanitário, teria continuado ligada ao SNS. “O SNS é pouco flexível, só existe um modelo de carreira e só funciona para quem se sujeita a trabalhar muito mais do que as 40h semanais estipuladas por lei; não há espaço para a investigação, para projetos de cooperação internacional, ou outras coisas para lá da vida hospitalar/centro de saúde. Esta nova geração de médicos valoriza o poder de escolher e de ter ‘tempo’! O SNS tem de abrir espaço para estes profissionais se os quiser manter”... Na sua lista de fatores que tornam uma instituição de saúde atrativa para nela trabalhar, a remuneração só surge em quarto lugar. Como sendo o mais relevante, Bianca Ascensão refere a possibilidade de integrar projetos aliciantes, a existência de tempo para dedicar à investigação e o respeito por uma carga horária equilibrada.

O SNS padece de facto de uma inflexibilidade incompreensível que fica bem patente no relato de outra médica: em 2018 Sofia Couto da Rocha ganhou o Global Impact Challenge da Singularity que lhe

permitia “ir para Silicon Valley durante uns meses para incubar uma ideia que tinha saído de um projeto da bolsa do PTCST da Harvard Medical School”. “Fiz o pedido com tempo, o meu serviço não se opôs”. Mas, quando tudo parecia estar bem encaminhado, recebe uma resposta surpreendente, pela negativa: “o hospital onde trabalhava nessa época não me deu licença sem vencimento”. “Rescindi no mesmo dia”, decisão que todas as pessoas ao seu redor viram como uma loucura. “Com exceção dos meus pais. Agradeço todos os dias por ter tido o apoio da sabedoria de duas mentes brilhantes que sempre me estimularam a seguir, acima de tudo, o que me faz feliz e me faz sentir útil”, enaltece. E, com essa mudança, Sofia Couto da Rocha pôde trabalhar numa aplicação de telemóvel que desenvolveu e que tem o objetivo de reduzir o tempo de diagnóstico do cancro da pele, detetando e analisando a probabilidade de determinadas lesões serem ou não malignas.

### ‘Urgencialização’ dos cuidados é má gestão e prejudica formação

Sem uma estratégia bem delineada e com o agravamento das condições de trabalho nos hospitais públicos, as demissões e rescisões contratuais sucedem-se

“O SNS é pouco flexível ... e só funciona para quem se sujeita a trabalhar muito mais do que as 40h semanais estipuladas por lei; não há espaço para a investigação, para projetos de cooperação internacional (...). Esta nova geração de médicos valoriza o (...) ‘tempo’! O SNS tem de abrir espaço para estes profissionais se os quiser manter”

– Bianca Ascensão



**“O que me interessa é saber se daqui a uns meses, a partir do momento em que o orçamento esteja aprovado e seja aplicado, todos os portugueses terão médico de família” – Miguel Guimarães**

um pouco por todo o país. Médicos – e outros profissionais de saúde – escrevem às administrações recusando serem responsabilizados pelas faltas, insuficiências e ineficiências de um sistema que precisa urgentemente de um plano de recuperação, que invista especialmente em recursos humanos qualificados, mas que faça também uma aposta forte no investimento em renovação de infraestruturas e equipamentos. Não podemos esquecer que um outro motivo que leva os médicos, especialmente os mais jovens, a sair do país ou a optar pela medicina privada é a falta de acesso a determinadas tecnologias, que querem usar ao serviço dos seus doentes, mas que não estão disponíveis no SNS...

Além disso, criar condições para fixação de profissionais onde são mais necessários implica igualmente que os vários níveis de cuidados deixem de ser centrados no recurso aos serviços de urgência. A ‘urgencialização’ é uma disfuncionalidade que afeta a qualidade e a segurança clínicas e a formação dos mais jovens. A solução para este problema prende-se diretamente com uma das questões que o bastonário Miguel Guimarães colocou a propósito do Orçamento do Estado para a saúde: “O que me interessa é saber se daqui a uns meses, a partir do momento em que o orçamento esteja aprovado e seja aplicado, todos os portugueses terão médico de família”, o que seria um passo essencial para um melhor acesso aos cuidados de saúde primários, com a consequente diminuição do recurso indevido às urgências. A Ordem dos Médicos tem apresentado diversas propostas à tutela precisamente com o objetivo de melhorar esse acesso que foi especialmente prejudicado durante a pandemia\*.

A pressão assistencial excessiva e a centralização da atividade médica na urgência também nos foram referidas como causas de desmotivação. João Viegas Rato falou-nos precisamente de como a “alocação de horas de urgência (quase metade do horário) de forma

obrigatória a clínicos especializados retirados das horas a serviços carenciados”, demonstra “má gestão de recursos”. Lamentando a “falta de reconhecimento financeiro”, quer no vencimento base, quer no pagamento das muitas horas extra realizadas, este especialista em Oncologia sublinha os efeitos nefastos de uma “completa incapacidade de cumprir os horários pré-estabelecidos que contemplam tempo para formação e atividade científica”, resultado de “escassos recursos humanos e físicos para o número de doentes” existente. Essa pressão assistencial é apenas mais um dos motivos que faz com que a manutenção no SNS tenha, naturalmente, deixado de ser uma possibilidade para este especialista, como para tantos outros.

Por motivos semelhantes, também Jorge Manuel de Castro se sentia – e sente ainda, sublinha – frustrado e triste com o SNS. Quisemos saber porquê e a explicação não se fez esperar: “a nível organizacional, era – e continua a ser – notório, de ano para ano, um SNS saturado” e que corre “atrás do prejuízo, sem verdadeiras políticas (visão!) a longo prazo”. Na especialidade de Medicina Interna “isso reflete-se sobretudo numa ‘urgencialização’ dos internatos com horas de urgência que ultrapassam em muito o definido por lei, com subsequente prejuízo na formação”, lamenta. A formação é, aliás, uma área em que considera que “muito haveria a dizer...”. “Chegarmos, como este ano [dezembro 2021], ao fim das escolhas, e sobraem 10 vagas de Medicina Interna por preencher, no maior hospital universitário do país, devia fazer os ‘decisores’ refletirem”.

A falta de vagas nos internatos é resultado de mau planeamento da tutela mas, mesmo não sendo suficientes para o número de candidatos, ano após ano há, como foi referido, vagas que ficam por preencher (ver página 35). Muitos médicos internos optam – à semelhança de muitos especialistas – por aceitar propostas do setor privado ou social ou, simplesmente, por fazer uso da facilidade de mobilidade, emigrando em busca de melhores condições para o exercício de uma medicina moderna, que satisfaça as necessidades dos doentes sem desrespeitar o direito ao descanso e à saúde mental dos profissionais (ver o artigo “fora de ordem” na página 38 sobre a saúde mental como um direito descurado) e sem que estejam sujeitos a interferências morais por parte de algumas administrações, alguns gestores e até da tutela. Basta recordarmos, como exemplo, as interferências administrativas inaceitáveis

\* Ler aqui <https://ordemdosmedicos.pt/mgf-reforco-csp/> o documento: Dez medidas para melhorar a resposta dos Médicos de Família às necessidades de saúde dos portugueses



nos tempos de consulta\*\*, com médicos a verem a sua agenda gerida por assistentes operacionais que marcam doentes com intervalos de tempo excessivamente pequenos, ou a definição de limitações aos tratamentos ou meios complementares de diagnóstico por motivos meramente económicos. “Desde a mudança de circuitos administrativos até à realização de protocolos clínicos inovadores, tudo passa por autorizações progressivas e futilmente hierarquizadas, por elementos administrativos sem qualquer noção de clínica e prática”, enquadra o oncologista João Viegas Rato, explicando como deixou de acreditar no SNS – tal como está a ser gerido – e como não vê que “com os atuais esquemas de gestão hospitalar” algo possa mudar num futuro próximo.

Já para não falar dos comentários degradantes e menos respeitadores – ainda muito frescos na memória de todos – que foram feitos por altos responsáveis políticos, comentários esses que são desmotivantes e ofensivos em qualquer contexto mas, ainda mais, numa fase pandémica em que esses mesmos responsáveis têm exigido tanto dos médicos, como dos outros profissionais de saúde. Para que o futuro seja melhor, será preciso um investimento adequado que demonstre que a saúde é de facto uma prioridade, mas também que, além dos resultados em saúde, a tutela comece a ter em conta os níveis de satisfação, tanto daqueles que recorrem ao SNS, como daqueles que nele trabalham...

### Ministra quer profissionais mais resilientes

Foi em declarações na Assembleia da República, que a ministra Marta Temido afirmou que “todos nós como sociedade pensemos nas expectativas e na seleção destes profissionais porque, por ventura, outros aspetos como a resiliência são aspetos tão importantes como a sua competência técnica”. “Estas são profissões que exigem uma grande capacidade de resistência, de enfrentar a pressão e o desgaste e temos que investir nisso”, acrescentou. Palavras como estas – que demonstram falta de reconhecimento pelo trabalho e dedicação dos médicos e outros profissionais de saúde – não são parte da solução, mas sim parte do problema, apenas contribuindo para o desgaste psicológico desses mesmos profissionais e para o aumento do seu desejo de mudança.

“A nível organizacional, era – e continua a ser – notório, de ano para ano, um SNS saturado (...) sem verdadeiras políticas (visão!) a longo prazo; (...) Isso reflete-se sobretudo numa ‘urgencialização’ dos internatos com horas de urgência que ultrapassam em muito o definido por lei, com subsequente prejuízo na formação” – Jorge Manuel de Castro

### Remuneração ajustada ao nível académico e à responsabilidade

Aos médicos não é preciso pedir exercícios de imaginação, mas se por acaso o leitor não for médico, imagine-se a escolher uma profissão na qual tem que estudar a vida toda para se manter atualizado e aceitar a responsabilidade de ter a vida de alguém nas suas mãos. Agora imagine-se no início de carreira e ponderar começar uma vida familiar em Portugal com um ordenado de interno do ano comum (+/- €1.000 líquido base) ou de interno da especialidade (+/- €1.200-1.300 líquido base, durante os 5-6 anos de especialidade). Agora imagine um casal de médicos que tem que fazer o internato em hospitais de diferentes regiões do país com toda a logística que essa situação implica... Se nessa fase lhe disserem que, por exemplo, na Alemanha, Dinamarca ou Grã-Bretanha, pode receber líquido quase o dobro (ou mais) logo no primeiro ano do internato e que todas as horas extraordinárias (que serão poucas) e pausas de almoço não usufruídas são anotadas e pagas? E que se optar por alargar a família terá maiores apoios financeiros do Estado?... Tudo isso à distância de um voo *low cost*... Ficar no SNS, de repente, pode deixar de fazer sentido...

Em Portugal não há falta de médicos. Faltam, isso sim, condições suficientemente atrativas para que estes queiram permanecer no serviço público. Para solucionar essas dificuldades, os médicos com quem conversamos apresentam soluções. João Viegas Rato, por exemplo,

\*\* situação que a OM, numa iniciativa do atual bastonário, Miguel Guimarães procurou resolver ao publicar os tempos mínimos de consulta recomendados.



## “Recursos humanos e uma boa estrutura e progressão de carreira são fatores basilares para a felicidade e sucesso em qualquer área profissional” – João Gago

preconiza a revisão da remuneração base pois já ninguém quer viver apenas para trabalhar. “A minha geração não quer estar dependente de extras para ter uma vida minimamente desfogada”. Defende ainda que seja repensado “o esquema e rotação à periferia em fase inicial de carreira para suprir vagas” com “aumento do número de incentivos financeiros, ou de outra ordem, à periferia e em serviços carenciados”. “Seria possível igualmente desenvolver benefícios ou incentivos a instituições de referência por objetivos qualitativos (e não necessariamente quantitativos)”, acrescenta.

Já João Gago, especialista em Medicina Geral e Familiar que deixou o SNS em janeiro de 2020, rumo a Luanda, Angola, em busca da integração num “projeto global numa empresa presente em mais de 90 países, com possibilidade de progressão e remuneração

### Portugal é país da OCDE onde o salário médico mais diminuiu

O salário médico diminuiu em Portugal mais do que em qualquer outro país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). As conclusões são do relatório *Health at a Glance* onde se pode ler que “a remuneração dos médicos caiu em termos reais entre 2010 e 2019” em Portugal, Reino Unido, Eslovénia, Austrália, Costa Rica e México. Essa diminuição acentuou-se entre 2010 e 2012 e a pequena recuperação posterior a essa data é “residual e insuficiente”. O valor auferido em 2019 em termos reais continua inferior ao vencimento de 2010! Segundo este relatório a tendência de desvalorização salarial no nosso país é contrária à verificada na maior parte dos países da OCDE, onde a remuneração dos médicos aumentou nos últimos 12 anos.

ajustada”, considera que “recursos humanos e uma boa estrutura e progressão de carreira são fatores basilares para a felicidade e sucesso em qualquer área profissional”. Foram as deficiências do SNS que contribuíram para a sua vontade de mudança. Embora considere que a remuneração não é “uma condição para um bom ambiente profissional, porque ganhar muito dinheiro não garante felicidade profissional”, não escamoteia que “deve ser ajustada ao nível académico e à responsabilidade” assumida.

### Não trabalho no SNS, mas trabalho no Sistema Nacional de Saúde

Para ajudar à atratividade haveria muito a fazer... Para João Gago, o potencial de progressão na carreira, a par da possibilidade de integrar projetos aliciantes e ter oportunidades de formação contínua são fatores primordiais e mais importantes que a remuneração para a escolha de um percurso profissional.

Sofia Couto da Rocha, que também não regressou ao serviço público, explica-nos a sua visão igualmente integradora para a área da saúde: “não trabalho de momento no Serviço Nacional de Saúde, mas com toda a certeza trabalho no Sistema Nacional de Saúde, composto por tantos *stakeholders* que tantas e tantas vezes não são sequer considerados no mapeamento deste nosso sistema. Falo das farmácias, das associações de doentes, dos hospitais privados, das instituições de cariz social, das ONG... Todos os que contribuem para a literacia, a promoção ou cuidado da saúde de um país devem ser vistos como parte deste sistema”, lembra. Quatro anos volvidos, esta médica ocupa o lugar de Chief Transformation Officer & Head of Virtual Patient no grupo Lusíadas. Convicta das suas escolhas, explica o que mais a motiva. “É a capacidade de ser quem quero ser. Creio que posso aportar valor a um sistema de saúde em várias vertentes. Assumindo o compromisso de trabalhar mais, consigo incluir a prática e a atualização clínicas e a inovação para ser parte ativa no desenvolvimento do futuro”.

Sofia Couto da Rocha sente que as suas opções de carreira fizeram com que não chegasse ao ponto de desgaste de muitos outros colegas, “contudo é de facto incomportável para qualquer profissional, que tem um grau de responsabilidade tão elevado como cuidar da vida humana, ter a sua própria vida e saúde postas em causa de forma sistemática”, lamenta. Questionada diretamente sobre a importância da remuneração, Sofia Couto da Rocha não hesita em



afirmar que qualquer profissional deve ter uma remuneração justa e proporcional ao nível de responsabilidade que assume, “na medicina ou em qualquer outra área”, faz questão de sublinhar.

Sobre alguns dos fatores com importância nas suas decisões, a todos dá primazia em relação à remuneração: flexibilidade, ambiente meritocrático, oportunidades de formação contínua, possibilidade de integrar projetos novos, horários de trabalho equilibrados, tempo para investigação e potencial para progressão na carreira, são todos mais relevantes. Especificamente sobre flexibilidade e horários, explica-nos que tem “isenção de horário e facilidade de incluir teletrabalho quando assim é possível”. “Ao contrário do que muitas vezes é dito”, explica, “os estudos – e a minha realidade – estão alinhados: estes regimes [de teletrabalho] tornam-nos mais produtivos e acabamos a trabalhar mais horas... [mas por opção]”.

Décadas separam-nos do surgimento das gerações Baby boomer e X, as mesmas que agora se estão a reformar – ou que se aproximam dessa fase de transição da vida profissional –, às quais devemos grande parte da construção do sistema de saúde português, muitas vezes com grande sacrifício pessoal e familiar. Entretanto, a evolução tecnológica e o desenvolvimento dos meios de comunicação transformaram o mundo... Seja para fazer voluntariado ou para ver o seu trabalho reconhecido, seja para prosseguir sonhos e projetos inovadores, ou para ter mais tempo para a família, para formação e/ou investigação ou simplesmente para praticar um desporto ou viajar mais, a realidade é que as novas gerações (Y e Z, ou seja millennials e centennials) já não estão dispostas a desdobrarem-se em horários excessivos que põem em causa a sua saúde.

### **Orçamento “é insuficiente para as necessidades” da Saúde**

Numa análise ao orçamento de Estado (que acabaria por ser chumbado), Miguel Guimarães salientou a falta de medidas para atrair médicos para o SNS, problemática essencial para garantir que o direito dos portugueses à saúde é devidamente assegurado. A implementação de uma verdadeira política de incentivos que crie condições para que se ocupem as vagas disponibilizadas é uma medida proposta pelo bastonário. “Se quero contratar mais médicos não basta abrir concursos”, afirmou perentoriamente. O representante dos médicos considerou ainda essencial que o orçamento contemple formas de valorização “do trabalho das pessoas e da sua carreira”.

Além de ter que reduzir os riscos para a saúde dos seus trabalhadores (médicos incluídos, naturalmente), o Serviço Nacional de Saúde terá que se modernizar e adaptar de forma a criar verdadeiros incentivos para uma carreira e projetos profissionais aliciantes, em que se inclua o respeito pelas pessoas. Caso contrário, iremos continuar a assistir ao êxodo de médicos – e outros profissionais de saúde – que tanta falta fazem ao serviço público para assegurar o direito constitucional à saúde. Aliás, mais do que constitucional: o direito à saúde e o acesso a cuidados de saúde são parte da Declaração Universal dos Direitos do Homem e compete aos governantes assegurarem que todos os portugueses têm esse acesso em igualdade de circunstâncias.

**“É de facto inoportuno para qualquer profissional, que tem um grau de responsabilidade tão elevado como cuidar da vida humana, ter a sua própria vida e saúde postas em causa de forma sistemática” – Sofia Couto da Rocha**



ENTREVISTA



ENTREVISTA: **PAULA FORTUNATO**

# **Miguel de Sousa Mendes:** **O trabalho deve ser** **uma viagem enriquecedora**

No dia 20 de dezembro celebra-se o Dia Internacional da Solidariedade Humana, data em que se pretende, entre outros objetivos, promover cuidados de saúde de forma a diminuir a carga de doença dos mais desfavorecidos. Em Portugal, muitos jovens médicos e médicas procuram dar o seu contributo através de instituições humanitárias como os Médicos sem Fronteiras. O desejo de se voluntariar nessa organização durante a sua formação pré-graduada, entre outros motivos, levou o nosso entrevistado a fazer o internato de especialidade na Alemanha, país para onde foi em 2010, enquanto estudante de 4º ano. Ao emigrar, Miguel de Sousa Mendes sentiu maior flexibilidade para, enquanto médico em formação, pôr o seu conhecimento ao serviço daqueles que mais precisavam. Além da formação e do trabalho de voluntariado, Miguel de Sousa Mendes acabou por ficar a trabalhar na Alemanha onde a família foi crescendo e tem agora uma filha e um filho. Reconhece que a vida na Alemanha é mais fácil para quem quer constituir família e explica-nos como valoriza cada vez mais o tempo que passa com aqueles que lhe são queridos. Nesse equilíbrio fundamental entre vida profissional/vida pessoal, Miguel de Sousa Mendes faz as suas escolhas tendo como elevada prioridade o bem-estar da família e sempre sem esquecer que – para os médicos, como para todos os outros profissionais, como faz questão de frisar – o trabalho deve ser “uma viagem enriquecedora” em vez de consumidora de energia. Depois de terminar a especialidade de Ginecologia e Obstetrícia em 2019, a chegada da pandemia não lhe tirou o foco, antes pelo contrário: foi um tempo de desafios, aprendizagens e oportunidades de crescimento pessoal e profissional. A conclusão do seu doutoramento e a paternidade, pela segunda vez, são apenas alguns dos motivos que fazem este jovem médico ser merecedor das nossas felicitações.

**> Iniciou a sua formação em Portugal, mas sentiu necessidade de concluí-la no estrangeiro. Pode enquadrar a sua motivação?**

O facto de não querer fazer a minha formação de especialidade em Portugal deveu-se a vários fatores: começando pelo processo livre de candidatura a um lugar de internato na Alemanha, sem estar dependente de uma nota num exame de seriação que só avaliava conhecimentos de Medicina Interna, à liberdade de gestão da especialidade que me permitia trocar de hospital, ou mesmo de cidade e região, de acordo com as minhas preferências académicas ou poder trabalhar com organizações de ajuda humanitária no estrangeiro e ter esse tempo reconhecido como tempo de formação.

**> Percebo que não foi o mais relevante, mas questiono se, ainda assim, também pesou na decisão a enorme diferença em termos financeiros...**

Numa cidade como Berlim, com um custo de vida semelhante ao de Lisboa, torna-se fácil comparar a despreocupação que se pode ter, enquanto médico interno, quando se recebe um salário líquido de €3000 a 4000 euros na Alemanha, quando em Portugal receberia €1300 a €1500...

**> Entretanto, nestes 12 anos, a família aumentou. Teria sido possível este mesmo planeamento familiar se tivesse ficado em Portugal?**

Comparando as políticas de natalidade na Alemanha com as de Portugal, a situação seria muito diferente se estivesse no nosso país. Dando exemplos concretos: após o nascimento de um filho, a mãe e o pai podem tirar um total de 14 meses pagos, entre os dois, de um total de três anos de baixa parental para cada um; em Berlim uma creche/jardim de infância para menores de 6 anos custa €25/mês; por criança recebe-se um abono de mais ou menos €220/mês até aos 18 anos de idade, independentemente dos rendimentos do agregado familiar. Estas disparidades têm um peso substancial nas escolhas de uma família, tanto com um primeiro, mas, principalmente, com um segundo filho.

**> Concorda que uma remuneração justa e proporcional ao nível de responsabilidade é uma condição para um bom ambiente profissional?**

Obviamente que sim. É *condicio sine qua non* para um bom equilíbrio entre vida profissional e vida pessoal. Que vida tem um profissional (seja ele de que área for) se depois de terminar as suas 35-40 h/semanais tem que seguir para outro(s) trabalho(s) para conseguir pagar as contas ao final do mês? Corremos o risco de motivar os profissionais mais experientes a saírem dos seus postos de trabalho no SNS antecipadamente, largando obrigações para com pacientes, internos e estudantes e atravessando a cidade (ou mesmo o país), por dinheiro. De que forma serve isso um bom ambiente profissional? Ou

os interesses do sistema em geral ou dos pacientes em particular? Mais importante que o dinheiro é o tempo: que tempo nos resta a nós, aos nossos amigos, às nossas famílias, se além de um trabalho a tempo inteiro temos de/escolhemos juntar mais outros? É uma escolha para cada profissional. Mas que não seja uma escolha forçada por inexistência de uma remuneração justa e proporcional ao trabalho de cada um.

**> Voltemos um pouco atrás. O que é que o levou a querer fazer trabalho humanitário?**

Faço parto dos Médicos Sem Fronteiras desde 2015, porque acredito que as ferramentas que tenho como médico devem ser postas ao serviço daqueles que delas mais precisam.

**> Pode-nos contar um episódio em que sente que fez a diferença na vida de alguém?**

Em 2016, num pequeno centro materno-infantil na região de Chhattisgarh, na Índia central, acompanhei o nascimento de gémeos. Sendo uma gravidez de risco, deveria ter sido acompanhada numa maternidade – a mais próxima era a 4 horas de carro. Mas como frequentemente acontece na vida, nada correu de acordo com o plano ideal: os gémeos puderam nascer de forma segura no nosso pequeno centro e tal feito foi motivo de orgulho para toda a equipa.



Miguel de Sousa Mendes no centro materno-infantil de Chhattisgarh, na Índia central, onde acompanhou o nascimento destes gémeos\*

**> Faz a diferença no terreno e não só...**

O meu trabalho com os Médicos Sem Fronteiras expande-se para além do trabalho "no terreno".

**Faço parto dos Médicos Sem Fronteiras desde 2015, porque acredito que as ferramentas que tenho como médico devem ser postas ao serviço daqueles que delas mais precisam.**

Trabalhei como tutor num curso de Medicina Tropical criado principalmente para médicos de países com menos recursos financeiros e de educação formal nesta área. Colaboro com a *Safe Abortion Care Task Force*, com a missão de aumentar o acesso a interrupções voluntárias de gravidez em condições de segurança e lidero o grupo de trabalho que implementará uma ferramenta eletrónica de monitorização de trabalho de parto, para melhorar os cuidados obstétricos prestados às mais de 300.000 mulheres/ano que acompanhamos num dos momentos mais felizes e perigosos das suas vidas: o nascimento dos seus bebés.

Um próximo projeto "no terreno" está em fase de delineação, para quando o contexto familiar o permitir.

**> Pode levantar a ponta do véu e enquadrar que projeto no terreno será esse?**

Incidirá na formação prática *in loco*, baseada em simulações, em urgências obstétricas e de ressuscitação neonatal, entre os mais de 70 países em que atuamos.

**> Em 2020 o mundo foi assolado por uma pandemia. Quão desafiantes foram estes últimos dois anos?**

Houve adaptações a nível profissional: flexibilizei o meu tempo de trabalho clínico e dediquei mais tempo ao trabalho além da prática clínica que conhecia no internato, como foi o caso da telemedicina, às áreas da Ginecologia e Obstetrícia afetadas pela pandemia (como por exemplo o acesso a IVGs e o planeamento familiar) e à defesa dos direitos sexuais e reprodutivos daqueles que têm menos acesso a cuidados de saúde. Pude também ajudar outras equipas e serviços assolados pela pandemia, pelo país fora,



cobrando bancos de colegas que não o puderam fazer por motivos de saúde. Em paralelo, investi na minha formação com universidades de renome mundial, tirando partido do mundo digital à distância que a educação médica (finalmente) assimilou e terminei o meu doutoramento.

**> Há, portanto, um lado positivo neste período?**

Sim. Os anos de 2020 e 2021 foram particularmente positivos dos pontos de vista profissional, pessoal e familiar: pude exercer o que mais gosto de forma flexível, tendo tido tempo para a minha família e para acompanhar os projetos profissionais da minha companhia. Criei também novas oportunidades e valências profissionais. Tive a prova de que a construção de uma rede de contactos na medicina, e além desta, pode trazer os seus frutos. Certifiquei-me assim de que não estaria dependente de um só trabalho onde eu, como qualquer outro, seria substituível.

**> Uma das aprendizagens desta pandemia é a importância do autocuidado. De que forma cuida de si para cuidar melhor dos outros?**

Respeito as minhas convicções, o meu corpo e os meus tempos de trabalho (e de descanso). E mantenho presente que, para manter um equilíbrio saudável no qual a minha vocação e prática profissionais possam fazer parte, os planos pessoal e familiar têm de ser respeitados e alimentados. Se assim for, trabalhar para acompanhar as minhas pacientes nos seus percursos de vida mantém-se uma viagem enriquecedora e alimenta-me, em vez de me consumir.

**> Que condições teriam que existir para que desejasse voltar a Portugal e ao SNS?**

As condições necessárias envolveriam satisfação profissional para a minha mulher e para mim, uma boa relação tempo de trabalho/remuneração financeira e boas condições para a educação e formação dos nossos filhos. Estando reunidas estas condições, penso que um regresso a Portugal tornar-se-ia possível.

**> Ordene pelo grau de importância (do mais importante para o menos) alguns dos principais fatores de uma opção de carreira.**

- Carga horária equilibrada;
- Respeito pelos tempos de trabalho e de descanso;

- Remuneração e regularidade de progressão na carreira;
- Possibilidade de integrar projetos novos e aliciantes;
- Oportunidades e financiamento de formação contínua.

**> Que outros fatores pesam na decisão? O apoio familiar?**

Estar mais próximo das nossas famílias e da rede de apoio que estas formam é, claro, importante. Em 2010 não existia família "a jusante", logo a decisão foi tomada 'a mão própria'. Neste momento, todas as decisões tomadas quanto a perspetivas de mudanças importantes de vida são tomadas em casal e tendo o bem-estar da família como alta prioridade.

**> Referiu-nos precisamente a importância de ter mais tempo para a família...**

Sem dúvida. Encontrei um bom equilíbrio entre carga horária de trabalho e remuneração, que me permite ter tempo para a minha família e amigos, assim como para a minha formação profissional. Nós nunca poderemos acabar o trabalho que existe para ser feito, num mundo em constante mudança, numa medicina em constante evolução, mas o trabalho pode acabar connosco. E, que eu saiba, nunca ninguém disse, à beira da morte: "Devia ter trabalhado mais e ter passado menos tempo com os meus".

\* Miguel de Sousa Mendes recolheu o consentimento escrito para publicação desta fotografia.

Para manter um equilíbrio saudável no qual a minha vocação e prática profissionais possam fazer parte, os planos pessoal e familiar têm de ser respeitados e alimentados. Se assim for, trabalhar (...) mantém-se uma viagem enriquecedora e alimenta-me, em vez de me consumir.

# Acta Médica Portuguesa

## Fevereiro 2022

data de publicação online: 01 de fevereiro

### ARTIGOS ORIGINAIS:

Hiponatremia em doentes com cancro internados num Serviço de Cuidados Paliativos: uma análise transversal

Acta Med Port 2022 Feb;35(2):105-110

Cuidados paliativos em doentes com insuficiência cardíaca grave: uma revisão sistemática

Acta Med Port 2022 Feb;35(2):111-118

### CASO CLÍNICO:

Profilaxia farmacológica do tromboembolismo venoso em doentes terminais: uma necessidade ou um desperdício?

Acta Med Port 2022 Feb;35(2):147-149

A revista científica da Ordem dos Médicos em <http://www.actamedicaportuguesa.com>

Pub Med

f t i Linked in



# AMP

ACTA  
MÉDICA  
PORTUGUESA

A Revista Científica da Ordem dos Médicos





# Um ano de vacinação

## Ordem reafirma importância da vacinação e apela a que não se perca o foco



**A vacinação contra a COVID-19 arrancou há um ano em Portugal, com a primeira dose a ser simbolicamente administrada ao infeciologista António Sarmiento, membro do Gabinete de Crise COVID-19 da Ordem dos Médicos. Depois de vários problemas no arranque inicial, nomeadamente por não se ter logo começado a vacinar por idade e em grandes centros de vacinação, como recomendou a Ordem dos Médicos, o processo acabou por ser alterado, com o Almirante Gouveia e Melo a concretizar a missão com sucesso.**

Passado um ano, não recuperámos ainda a vida que gostaríamos, mas é inegável que as vacinas são um sucesso e um marco na viragem no combate à pandemia. Estamos a conseguir reduzir o número de

casos graves e com desfecho fatal que, no fundo, é o principal objetivo”, salientam o bastonário da Ordem dos Médicos e o coordenador do Gabinete de Crise.

“Mas este vírus também nos ensinou que não podemos dar nada como garantido, pelo que é crucial manter o foco no processo de vacinação, dotando-o de uma estratégia bem definida e de meios suficientes para a sua operacionalização. Perder a confiança da população nesta fase, é abdicar de dois anos de grandes sacrifícios pessoais com consequências imprevisíveis, pelo que importa evitar a todo o custo episódios de comunicação errática ou de falta de resposta dos serviços”, reforça Miguel Guimarães.

“Adicionalmente, continua por concretizar a transparência dos dados. Importa saber o que está a acontecer, nomeadamente o perfil dos internados e das mortes no que ao esquema vacinal e morbilidades associadas diz respeito”, insistem o bastonário e o coordenador do Gabinete de Crise.





# Transformação digital em saúde: são precisos objetivos e liderança

**Numa altura em que a investigação se concentra – a vários níveis – em inovar para combater, de forma mais eficaz, a pandemia, a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) lançou um livro que tem como ponto de partida o olhar para a tecnologia como base essencial para prestar melhores cuidados de saúde. A forma como a pandemia veio, por um lado, acelerar a inovação fruto da necessidade e, por outro, gerar um ambiente propício ao desenvolvimento de novas oportunidades na área tecnológica, foram fios condutores para a reflexão de dezenas de personalidades de várias áreas, que culminou na edição do livro “Transformação Digital em Saúde – Contributos para a Mudança”. A obra inclui um artigo da autoria do bastonário da Ordem dos Médicos que aborda a relevância de destrinçar meios de objetivos.**

TEXTO: **PAULA FORTUNATO**

O termo “transformação digital” não é em si próprio uma inovação e tem sido debatido, com maior ou menor profundidade, pelo menos nas últimas duas a três décadas. Ainda assim, é um termo usado muitas vezes de forma ambígua e sem que se expliquem quais os objetivos a atingir com o processo ou com que meios iremos chegar a esses mesmos objetivos.

Ainda que a pandemia tenha acelerado algumas mudanças – não só pela necessidade de levar mais cuidados de saúde a casa das pessoas, mas também

porque potenciou muitas aplicações tecnológicas – com as empresas a focarem-se nessas soluções, continuamos a precisar de planeamento e objetivos claros. O que se pretende com a inovação? Ganhos de eficiência e melhor comunicação entre sistemas são, com certeza, parte da resposta num processo que se quer que aporte valor acrescentado, reduzindo o esforço dos profissionais de saúde e libertando-os de burocracias desnecessárias. Para isso, há algumas ideias-chave para a inovação tecnológica que devem passar pela simplicidade, facilidade de utilização e consequente satisfação do utilizador.

Os peritos internacionais alertam que, para o sucesso de um processo de transformação digital, é essencial: investimento, liderança e gestão da implementação de forma a fomentar uma cultura de inovação e o envolvimento e adesão de todos os interessados. Ao nível das barreiras, a falta de comunicação entre sistemas ou a falta de transparência dos processos são referidos como bloqueios à transformação digital nos sistemas de saúde.

No caso português, não faltam exemplos de que o melhoramento das tecnologias de comunicação e interface das várias aplicações é fundamental para o setor da saúde – em vez da implementação de sucessivas mantas de retalhos de soluções sem planeamento e que, em vez de serem impulsionadoras de melhores resultados com menos dispêndio de tempo, acabam por ser o oposto. É preciso identificar os objetivos da transformação digital e planear soluções



flexíveis. Sem planeamento vamos continuar com iniciativas desgarradas em que se somam novas tecnologias que não comunicam entre si.

Consciente das exigências de um processo de verdadeira transformação digital e das dificuldades que tantas (demasiadas) vezes se sentem no terreno, Miguel Guimarães colaborou na obra coordenada pela APAH, como um dos autores convidados. O bastonário partilhou a sua visão sobre a importância da governança digital em todas as políticas e a necessidade de desfrinçar meios e fins. “A tentação de confundir meios, fins e necessidades é grande nos mais diversos setores de atividade, mas muito em particular na saúde”, começa por destacar Miguel Guimarães, no testemunho que partilhou. Evocando David Blumenthal, que foi conselheiro de Obama e *National Coordinator for Health Information Technology*, entre 2009 e 2011, pelo seu vasto conhecimento e experiência na área da tele saúde e das tecnologias da saúde: “Information is the lifeblood of medicine and health information technology is destined to be the circulatory system for that information”, recordou. Nessa mesma linha, considera o bastonário da OM que “efetivamente, seja qual for a área da medicina, da recolha e do armazenamento de informação, passando pela análise de dados, tratamentos ou monitorização, a tecnologia deve apenas ser um meio facilitador para se alcançar os necessários cuidados em saúde, com o fim último de proporcionar mais tempo e qualidade de vida aos nossos doentes”.

A sessão de apresentação da obra decorreu em Lisboa, no dia 16 de dezembro, e esteve a cargo de André Aragão de Azevedo, Secretário de Estado para a Transição Digital, que, no prefácio, definiu desde logo a relevância da reflexão contida neste livro: “quando tudo é digital, a saúde não pode ser uma exceção”. Durante a apresentação realçou o desafio das competências e da formação, referindo a importância de olhar para a saúde de uma forma abrangente que inclua toda a cadeia de valor, realçando que esse olhar tem que incluir todos os envolvidos: doentes, autarquias, empresas, profissionais, entre outros.

Seguiu-se uma mesa-redonda, moderada pela jornalista Dulce Salzedas, que contou com a participação de Teresa Magalhães, coordenadora da obra e do Grupo de Trabalho Gestão da Informação em Saúde e professora da Escola Nacional de Saúde Pública; Luís Goes Pinheiro, presidente dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde; Sandra Gil Mateus, *Health Lead*

da Microsoft Portugal; Rubina Correia, membro do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos em representação do bastonário, e Paulo Gonçalves, como representante das associações de doentes.

Numa mesa em que se partilharam várias preocupações relacionadas com a humanização na tecnologia, a segurança dos dados e a interoperabilidade entre sistemas, alertou-se que “há muita digitalização feita”, mas que é preciso “estratégia e liderança efetiva nesta área”, como sublinhou Teresa Magalhães. Em representação da Ordem dos Médicos, Rubina Correia lembrou que “a arte da medicina é milenar e tem regras éticas e deontológicas, um método de raciocínio que tem de ser respeitado” e que “é difícil de transpor para o digital”, realçando que “muitas vezes os médicos são envolvidos no desenho dos sistemas informáticos numa fase já tardia em que minimizam os danos”. Em vez disso, os médicos deviam ser chamados ao processo para fazer “o desenho clínico” desde o início, defendeu, dando vários exemplos, ao longo do debate, de como a falta de comunicação entre softwares aumentou a burocracia do trabalho médico, reduzindo o tempo para os doentes. “Ter 10 ou 12 aplicações, com 10 ou 12 passwords” em sistemas que não comunicam entre si e que são implementados “sem dar formação para a sua utilização” aos profissionais que depois terão que os usar, são formas de entropia que só prejudicam aquela que devia ser, além da segurança, a mais-valia de qualquer inovação: ganho de eficiência para a relação terapêutica. Esta forma de implementar tecnologias sem planeamento acaba por “desumanizar a arte médica”. lamentou. Também Paulo Gonçalves apelou, em nome dos doentes, que “os sistemas de saúde tenham um gestor do cidadão e um gestor da família”, alertando que a transformação digital tem que ser concretizada para tornar os processos “mais simples e mais rápidos”, pois, “se não for para facilitar, não queremos!”.

A obra, de “grande rigor e cuidado técnico”, engloba diferentes perspetivas de pessoas com origens muito dispare, incluindo a participação de várias áreas do saber, da engenharia informática à proteção de dados, da cibersegurança à gestão, medicina, enfermagem, farmácia, autarquias, etc.

A transformação digital é um dever pois, neste mundo global em que vivemos, a comunicação digital em tempo real e individualizada tornou-se, mais do que possível, a regra e aquilo que as pessoas esperam de um serviço.

## Assembleia de Representantes aprova plano de ação para 2022

# OM continuará a defender a qualidade de todos os médicos

**Decorreu no dia 14 de dezembro a última Assembleia de Representantes do ano de 2021. Esta foi uma reunião de extrema importância, na qual se discutiram e aprovaram alguns documentos estruturantes para a atividade da Ordem dos Médicos em defesa de uma medicina de qualidade, entre os quais o programa de ação para 2022, que foi apresentado pelo bastonário Miguel Guimarães e que seria aprovado com a esmagadora maioria dos delegados, com 61 votos a favor, 2 contra e 2 abstenções. Um dos pontos que mereceu interesse e apoio de muitos representantes foi resumido pelo bastonário ao defender que a OM continuará a pugnar por garantir que todos os médicos devem estar tecnicamente bem preparados, “quer façam parte do setor público, privado ou social”.**



Sobre o plano de atividades, o bastonário fez questão de apresentar, ponto a ponto, o documento que preparou e onde constam as principais prioridades da Ordem que lidera para o ano de 2022. Com total espírito de diálogo e de abertura para incorporar as sugestões dos colegas que se pronunciaram, Miguel Guimarães aceitou a larga maioria dos contributos apresentados, entre os quais, pela assertividade

e estruturação, se destacam os de Jorge Seabra, da região Centro. Antes disso, o bastonário lembrou que, durante 2021, foram “cumpridos” vários dos objetivos a que se propôs, mesmo apesar de alguns imprevistos provocados pela pandemia. A Ordem cumpriu o seu papel, “na defesa e reforço do Serviço Nacional de Saúde”, mas também na atuação decisiva nos setores privado e social. Neste âmbito, foi incontornável referir e destacar o papel decisivo da Ordem dos Médicos no processo de vacinação contra a COVID-19 em Portugal que foi, provavelmente, de acordo com o bastonário, “a nossa ação mais importante de 2021 e que não podíamos prever. Estivemos à altura do desafio e cumprimos a nossa missão. Um desafio sem antecedentes. Uma missão que nos orgulha a todos”. Quanto a outros temas relevantes para os médicos e para o setor em que atuam, foram enviadas à tutela propostas concretas, sobre múltiplas matérias, tais como documentos sobre transformação digital, diminuição da burocracia e do excesso de tarefas administrativas atribuídas aos médicos, e sobre o estatuto do SNS, entre muitos outros contributos que ao longo do mandato se fez chegar ao Ministério da Saúde.

Ficou claro para todo o auditório – dividido entre as três secções regionais – que o papel da OM na defesa de todos os médicos é intransigente. “Já chega o estigma que a senhora ministra da Saúde coloca sobre o setor privado e social; (...) para a OM é importante os médicos estarem bem preparados, quer façam parte do setor público, privado ou social”, sublinhou Miguel Guimarães.

Sobre a eterna questão dos responsáveis políticos tentarem disfarçar o mau planeamento de recursos humanos em saúde, com constantes, mas injustas, acusações à Ordem dos Médicos sobre uma alegada falta de especialistas em Portugal, o responsável máximo da Ordem voltou a frisar que a instituição,

Fotos: Paula Fortunato



nomeadamente através de um grande esforço e de trabalho voluntário dos Colégios da Especialidade, apresentou em 2021, mais uma vez, o maior mapa de vagas de sempre, numa tentativa de minimizar o impacto do mau planeamento estratégico e da falta de investimento na formação dos médicos. Recordou, ainda, as centenas de relatórios sobre visitas de idoneidade que têm sido partilhados com a tutela, para se poderem corrigir atempadamente os problemas, mas que nunca receberam resposta.

Falando especificamente sobre a carreira médica, a preocupação é premente, pois Miguel Guimarães considera que “a ministra da Saúde se destituiu completamente de assegurá-la”. Por isso, a OM “está também a fazer o novo relatório das carreiras médicas - que gostaria de concretizar em 2022 - e que será um contributo importante para o país”. Nesta fase do debate, Jorge Seabra realçou a importância da definição da carreira para o público e para o privado, para garantir a defesa qualidade da medicina e proteger a segurança dos doentes e dos colegas. No caso da inclusão do setor privado e social na carreira médica, como é desejável segundo o bastonário da OM, “os sindicatos serão obviamente parte do processo pois é essencial e terá que haver negociação para contratação coletiva”. “O que é importante é dar resposta às necessidades que os médicos nos transmitem todos os dias”, explicou Miguel Guimarães, garantindo que “os médicos do privado querem e podem fazer concursos e evoluir na carreira”. “Não é por um médico ser do setor privado ou social que deixa de ter direito à diferenciação técnico-profissional”, concluiu, referindo que a garantia da qualidade dos médicos é assegurada precisamente pela evolução na carreira: “precisamos dar um sinal à sociedade que estamos empenhados em que todos os médicos, de todos os setores, mantenham a qualidade profissional”. O bastonário lembrou, ainda, que este passo seria positivo até numa situação de regresso ao SNS, para que se possa valorizar a experiência adquirida nos anos trabalhados fora do sistema público.

Jorge Espírito Santo, da região Sul, enalteceu o facto de ser um programa de ação muito completo e que compromete a Ordem dos Médicos com vários temas em que considera que a instituição tem “o dever de estar empenhada”.

Relativamente aos orçamentos para 2022 (do Fundo de Solidariedade Social, Conselho Nacional e da Ordem dos Médicos enquanto soma das cinco unidades orgânicas que a compõem), que foram explicados pela tesoureira do Conselho Nacional, Susana Vargas, foram esclarecidas as dúvidas dos membros da Assembleia de Representantes quanto ao património, despesas e investimentos apresentados. Findos os esclarecimentos, os orçamentos para o Fundo de Solidariedade e para o Conselho Nacional foram ambos aprovados com o voto favorável de 56 representantes, assim como o orçamento geral da OM para 2022 (com 55 votos a favor), o qual agrega os orçamentos do Conselho Nacional, Fundo de Solidariedade e os três orçamentos das secções regionais (que são devidamente aprovados na respetiva região antes de serem integrados neste documento final).

Por proposta de Costa Lima, da região Norte, foi debatida uma declaração de repúdio às palavras da ministra da Saúde sobre a alegada falta de resiliência dos médicos, a qual foi genericamente apoiada pelos representantes presentes na sala. Com os poucos recursos humanos e tecnológicos que havia para atender aos doentes COVID e para garantir que os outros doentes não morressem, “mais resilientes do que isto é impossível”, comentou.

A mensagem de repúdio, aprovada em Assembleia, encerrou os trabalhos deste dia: “Os médicos reunidos em Assembleia de representantes a nível nacional, no dia 14 de dezembro de 2021, repudiam as palavras da senhora ministra da Saúde relativas à falta de resiliência dos profissionais, que, no mínimo, lamentam e consideram injustas, despropositadas e não verdadeiras e mesmo insultuosas, em particular por serem ditas pela ministra da tutela em pleno contexto de trabalho exaustivo e prolongado contra a pandemia.”

# Nova fase da pandemia exige alteração urgente de normas e procedimentos

**A nova fase pandémica em que Portugal se encontra, com a presença de uma nova variante e aumento exponencial do número de novas infeções diárias, exige uma adaptação ágil das normas e procedimentos definidos pelas autoridades de saúde, para melhor acompanhamento dos doentes COVID, não COVID e adesão da população ao que é necessário em cada momento.**

Neste contexto, a 29 de dezembro, o bastonário da Ordem dos Médicos e o coordenador do Gabinete de Crise para a COVID-19 recomendaram:

1. Utilização do Indicador de Avaliação do Estado da Pandemia (IAP), desenvolvido pela Ordem dos Médicos e pelo Instituto Superior Técnico, para monitorizar a pandemia com coerência, compreensão e envolvimento da população, já que o IAP integra várias dimensões;
2. Reforço vacinal urgente nos vulneráveis. Há 15% das pessoas com 65 ou mais anos (que em Portugal representam cerca de 2,3 milhões de habitantes) sem reforço vacinal dos quais mais de 230.000 com mais de 70 anos;
3. Reavaliação dos períodos de isolamento e de baixa por doença ou após contacto de alto risco (e.g., 7 dias) com testagem de modo a assegurar segurança do próprio e de todos, tendo em atenção a presença de fatores de risco, estado vacinal e o impacto do absentismo laboral;
4. Reavaliação dos critérios e recursos alocados ao seguimento de doentes em ambulatório (DGS

- Norma 004/2020), nomeadamente à alocação de médicos de Medicina Geral e Familiar, que compromete significativamente todas as outras atividades assistenciais (a este propósito publicamos carta enviada pelo bastonário à ministra da Saúde em julho deste ano, sem que nada tivesse sido feito <https://bit.ly/3ECBXhO>);

5. Disponibilizar de forma regular e transparente dados relativos aos doentes internados e aos falecidos, nomeadamente idade, comorbilidades, estado vacinal, para fundamentar decisões críticas e urgentes;
6. Alterar o sistema de informação da Direção-Geral da Saúde, no sentido de acompanhar as necessidades da população, nomeadamente com uma página de informação simples com os procedimentos a adotar pelos cidadãos infetados ou com contactos de alto risco;
7. Reforço da capacidade de resposta, nomeadamente no SNS24, nas equipas de saúde pública, nomeadamente nos rastreadores, na testagem e centros de vacinação, e ativar a resposta assistencial do sector privado e social, evitando o agravamento do impacto da pandemia nos doentes não COVID.

O bastonário da Ordem dos Médicos e o coordenador do Gabinete de Crise para a COVID-19 desejam a todos os portugueses um Ano Novo de 2022 em segurança, com muita saúde e que o empenho de todos permita, finalmente, superar a pandemia.



# Número de vagas por preencher é revelador da gravidade da situação do SNS

**Depois da Ordem dos Médicos ter identificado “um número de capacidades formativas histórico” com o objetivo de ajudar o SNS a manter a formação, verificou-se que no concurso para os médicos escolherem a especialidade centenas de candidatos desistiram do processo e 50 vagas ficaram desertas. Perante essa triste realidade, em dezembro, a Ordem dos Médicos, através do seu bastonário, lamentou publicamente que a tutela continue a não apresentar soluções para tornar o SNS atrativo e competitivo, tanto com o setor privado, como ao nível das condições oferecidas nos restantes países europeus.**

O concurso para os médicos escolherem a especialidade em que pretendem completar a sua formação já terminou. O mapa nacional apresentava um total de 1938 vagas, sendo 18 exclusivas para o Ministério da Defesa. Contudo, cerca de 50 ficaram por preencher, mesmo sendo em zonas centrais do país. No total, existiam 2462 candidatos potenciais para o concurso. Perto de 600 candidatos desistiram antes ou durante o processo, tendo ficado 50 vagas desertas.

No caso da Medicina Interna ficaram 31 vagas por ocupar, sendo que dez são no Centro Hospitalar

Universitário Lisboa Norte (que agrega os Hospitais de Santa Maria e Pulido Valente). Registaram-se ainda 14 vagas por ocupar para Medicina Geral e Familiar, em Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo. Também ficaram sem ninguém quatro vagas de Imuno-Hemoterapia em Lisboa e no Alentejo e uma de Patologia Clínica no Alentejo.

“Este número de vagas por ocupar é inédito, desolador e revela a gravidade da situação que o SNS atravessa. A Ordem dos Médicos identificou um número de capacidades formativas histórico, num grande esforço para ajudar o SNS a manter a sua joia da coroa: a formação. Mas o que fazemos não compensa a falta de condições de carreira, de projeto profissional e o desrespeito com que a tutela trata os médicos e os outros profissionais de saúde, empurrando-nos para fora do SNS”, afirma o bastonário da Ordem dos Médicos e o presidente do Conselho Nacional do Médico Interno.

“Esta é uma realidade muito triste e temo que, se o Ministério da Saúde nada fizer, entremos numa espiral negativa impossível de reverter. É urgente que a tutela vá ao encontro da expectativa dos médicos e dos portugueses, que pedem um SNS mais forte, com efetivas condições técnicas e humanas para uma medicina de qualidade”, reforça Miguel Guimarães.



Foto: Pedro S. Bello

Na Medicina Interna ficaram por ocupar 31 vagas, dez das quais no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte



## Médicos fizeram 4,4 milhões de horas extraordinárias até setembro

TEXTO: FILIPE PARDAL

Em apenas nove meses, entre janeiro e setembro de 2021, os médicos fizeram mais de 4,4 milhões de horas extraordinárias no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os dados são da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e perfilham uma realidade que a Ordem dos Médicos – e o seu bastonário – têm vindo a alertar sistematicamente: existe falta de capital humano no SNS que possibilite garantir equidade de acesso a cuidados de saúde a todos os portugueses.



As 4,4 milhões de horas extraordinárias que os médicos fizeram até setembro correspondem a um esforço orçamental de mais de 140 milhões de euros. Se a este montante forem adicionadas as horas suplementares dos restantes profissionais de saúde, prestações de serviço e outros custos inerentes, o número ascende a cerca de 400 milhões de euros.

São valores avultados e que não se explicam apenas pela crise pandémica que atravessamos. O recurso excessivo ao trabalho suplementar era já uma prática corrente antes da pandemia, altura em que os médicos realizavam mais de 5 milhões de horas extraordinárias todos os anos. Agora, com a COVID-19, esse valor disparou, com o valor de 4,4

milhões de horas a ser alcançado quando ainda faltam contabilizar os últimos três meses do ano. A este valor do trabalho suplementar é preciso somar ainda as horas contratadas a empresas prestadoras de serviços médicos responsáveis por um gasto de mais de 105 milhões de euros – destes, cerca de 3,6 milhões são horas extras – abrangendo tanto cuidados de saúde hospitalares, como cuidados de saúde primários, algo que vai contra a meta do Governo para reduzir prestações de serviço através de meios próprios. Mas só assim – por falta de políticas estruturais – foi possível preencher as escalas de urgência ou permitir que os centros de saúde deem resposta aos utentes sem médico de família: mais de 1 milhão.

Esta realidade confirma um problema basilar para a saúde em Portugal, que se adensa a cada ano que passa, e que nos remete para o desgaste dos profissionais do SNS, ao mesmo tempo que em nada contribui para a falta de competitividade do serviço público de saúde em comparação com outros países da Europa e com os serviços privados.

O bastonário da Ordem dos Médicos olha para estes números com preocupação e sublinha ainda o facto de, pela primeira vez, estar inscrito no Orçamento do Estado [entretanto chumbado, por agora] o trabalho extraordinário. "Parece-me que este Orçamento é insuficiente para as necessidades do SNS porque continuamos a basear aquilo que são as respostas do serviço de saúde nas horas extraordinárias dos médicos. É a primeira vez que vejo isto inscrito no Orçamento do Estado. Se os médicos fizerem entre 250 e 500 horas extraordinárias têm um acréscimo salarial de 25%. A legislação limita a 150 horas extraordinárias por ano por uma questão de proteção das pessoas e de segurança para os próprios médicos", acrescentou.

Recorde-se que logo em maio de 2021 os médicos (e também os enfermeiros) já tinham esgotado o seu limite anual de horas extra. "Ultrapassamos todos os limites", disse Miguel Guimarães, em declarações à comunicação social. O bastonário realçou ainda que os médicos continuam a fazer "mais com menos", salvando milhares de vidas, mesmo à custa de "muitos milhões de horas extraordinárias",

sendo um "exemplo na forma como cuidaram, trataram e protegeram os doentes e no combate à pandemia", como em todas as horas, com ou sem crise sanitária.

Também Jorge Roque da Cunha, secretário-geral do Sindicato Independente dos Médicos, comentou estes números na comunicação social, esclarecendo que "as pessoas não querem fazer mais horas extra", mas "fazem-nas a bem do SNS". "Os 4,3 milhões de horas extras não me surpreendem, porque temos vindo a alertar para a necessidade de fixar mais médicos no SNS. Tem havido um aumento das rescisões além das reformas previstas pela incapacidade que os ministérios da saúde têm tido de programar a gestão dos recursos humanos", reafirma.

Os valores avançados pela ACSS atestam que são os médicos a classe profissional que mais horas suplementares realiza *per capita*, ainda que em termos brutos os enfermeiros registem, este ano, mais horas, o que se deve ao facto de estarem em maior número do SNS e ao trabalho nos centros de vacina-



ção, valorizado muitas vezes em pagamento suplementar. Aliás, olhando para os dados publicados regularmente pela Direção-Geral da Administração e do Emprego Público é possível perceber que os médicos estão no topo das profissões em que o trabalho suplementar mais pesa no total da remuneração, apenas superados pelos diplomatas e bombeiros/polícia municipal.

# Pandemia, trabalho e saúde mental: tensão e conquistas



Joana Almeida, advogada

**A pandemia por COVID-19 afetou todas as esferas da nossa vida pessoal e social, alterando tudo o que dávamos por garantido. Depois destes anos difíceis, pouco ficou igual. Reconhecendo os desafios e dificuldades que coloca, torna-se, porém, inevitável admitir que a pandemia trouxe para a ordem do dia temas antes descurados, de que o teletrabalho e o direito à saúde mental são exemplos. Do primeiro já se falou muito, é sobre o segundo que a presente reflexão incide.**

O direito à saúde tem assento em instrumentos internacionais e, no plano interno, assento constitucional e legal. No foro laboral, representou historicamente uma preocupação do legislador, com inúmeras disposições que o concretizam, em domínios tão diversos quanto os limites máximos do tempo de trabalho, as obrigações do empregador (e do próprio trabalhador) em matéria de segurança e saúde no trabalho ou, mais recentemente, a proibição do assédio. O legislador garante, em especial, a proteção da saúde de grupos mais vulneráveis (como grávidas, puérperas e lactantes e os menores, entre outros) mas o direito a um ambiente de trabalho são, que promova a saúde do trabalhador, é um direito que assiste a todos.

O direito à saúde compreende, como não pode deixar de ser, o direito à saúde mental, entendida como equilíbrio psíquico dos indivíduos<sup>1</sup>. A doença como impedimento justificado à prestação de trabalho abrange mais do que a doença física. A síndrome de *burnout*, típica do contexto laboral, faz lembrar que, do mesmo modo que contribui para a valorização pessoal do trabalhador, o trabalho pode ser um ambiente propício a lesões à sua saúde mental.

Neste contexto da saúde mental, assume particular acuidade a temática do descanso. Intervenções

legislativas fixando limites máximos à duração do trabalho diário e semanal, intervalos mínimos de descanso entre jornadas de trabalho consecutivas e períodos mínimos de férias anuais são tributárias dessa conceção. Muito recentemente, o legislador veio consagrar o dever de o empregador se abster de contactar o trabalhador no período de descanso, salvo em situações de força maior. Trata-se de disposição ímpar na ordem jurídica portuguesa e, quiçá, noutros ordenamentos, de tal forma foi noticiada na imprensa estrangeira.

Em sentido contrário surge a regulamentação da era COVID, que limitou o direito dos profissionais de saúde a tirar férias ou, mesmo, a pôr termo ao contrato de trabalho. A par de outros, como as forças de segurança, trata-se de um conjunto de trabalhadores para quem a pandemia coloca desafios particularmente pungentes ao nível da saúde mental. Noutro plano ainda, está por avaliar o impacto do fecho das escolas na saúde mental de crianças e jovens (já para não falar no aproveitamento escolar, possivelmente comprometido nestes dois anos).

Seja qual for a causa, importa poder discutir estes desafios sem medos. A saúde mental não é um luxo, ou prerrogativa de alguns; é um direito de todos, que



a todos – Estado, empregador, escolas, famílias, os próprios – incumbe promover. Uma sociedade sã é uma sociedade que, do mesmo passo, cria condições para fomentar contextos (incluindo organizações e ambientes de trabalho) saudáveis e para acomodar os mais fragilizados.

Assim fazendo, tem de ser crescentemente possível partilhar dificuldades ao nível da saúde mental com familiares e amigos e, no plano que aqui nos interessa, com o empregador. É preciso combater o estigma de que só os fracos se sentem exaustos, ou os “maluquinhos” perdidos. Nenhum de nós está acima de perder força para responder às várias solicitações de que somos alvo, venham elas da família, do trabalho ou de outro lado. Poucos terão sido os que não estiveram ocasionalmente à beira do desespero quando, nos dois confinamentos, tiveram de coordenar aulas à distância com trabalho à distância, mais o resto.

É neste contexto que temos de retirar da pandemia os ensinamentos necessários para traçarmos um futuro melhor. O teletrabalho é um exemplo feliz dessa oportunidade; a propósito dele, compete-nos reter as vantagens e prevenir e combater os inconvenientes. O mesmo se diga da saúde mental. Identificado o problema, compete-nos, enquanto coletividade, refletir sobre as causas e consequências, equacionar meios de prevenção e reação, promover a sensibilização e o diagnóstico. Não parece pessimista presumir que, controlada a doença física, está por aferir o impacto da experiência conjunta dos últimos anos na saúde mental de cada um.

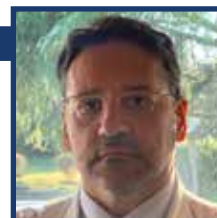
Para tudo isto o trabalho pode dar um contributo inestimável. Trabalhar é bom, e faz bem. Faz todo o sentido que o local onde passamos a maior parte do tempo em que estamos acordados seja aquele que maior pressão coloca mas, ao mesmo tempo, o que mais soluções oferece com vista ao restabelecimento do nosso equilíbrio mental. Empregadores, superiores hierárquicos e colegas de trabalho atentos, sensíveis e de mente aberta podem fazer a diferença entre uma doença que é detetada precocemente e combatida com sucesso e uma enfermidade que se arrasta, fazendo mais vítimas que o doente originário.

Noutra formulação de um lugar-comum conhecido<sup>2</sup>, *não faz mal não estar bem*. Cabe a todos e cada um de nós abrir espaço para esta verdade, contribuindo para que os desafios de hoje sejam os avanços de amanhã.

<sup>1</sup> Socorremo-nos do teor do artigo 2.º, n.º 1, da Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de julho, alterada pelas Leis n.º 101/99, de 26 de julho, e n.º 49/2018, de 14 de agosto).

<sup>2</sup> Veja-se o recente podcast “*It’s Ok To Not Be OK*”, parceria entre o LACS e a MadreMedia que aborda o tema da saúde mental e do bem-estar no ambiente de trabalho.

O direito à saúde compreende, como não pode deixar de ser, o direito à saúde mental, entendida como equilíbrio psíquico dos indivíduos. A doença como impedimento justificado à prestação de trabalho abrange mais do que a doença física. A síndrome de burnout, típica do contexto laboral, faz lembrar que, do mesmo modo que contribui para a valorização pessoal do trabalhador, o trabalho pode ser um ambiente propício a lesões à sua saúde mental.



## Colégio da Especialidade de Cirurgia Cardiotorácica

01

### Quais as prioridades da especialidade para este triénio?

A prioridade é retirar as especialidades de Cirurgia Cardiotorácica (CCT), Cirurgia Cardíaca (CC) e Cirurgia Torácica (CT) da situação pantanosa criada em 2010 com a separação da especialidade sem uma estrutura que lhes permita reconhecimento pela UEMS. Na Europa, a CC está enquadrada em duas estruturas possíveis, a CCT e a Cirurgia Cardiovascular e não outra.

A retoma da estrutura existente até 2010 com um corpo comum – a CCT associado à criação das subespecialidades de congénita, cardíaca e torácica, é a opinião com maior unanimidade. Quadro alternativo seria figurarem as especialidades: CCT e CT. Os cirurgiões cardíacos e torácicos entretanto formados seriam incorporados por uma cláusula do tipo “grandfather clause”.

02

### Com a situação pandémica, a carga de doença agravou-se?

A mortalidade por doença cardiovascular aumentou na pandemia por causalidade multifatorial: diminuição da atividade cirúrgica, redução no acesso à consulta das especialidades que fazem o rastreio e a estratificação do risco cardiovascular e a redução na procura de cuidados na área cardiovascular motivada pelo receio em contrair COVID. Os serviços de CCT têm observado um aumento do número de doentes tratados de forma urgente/emergente e o aumento da lista de espera para cirurgia (LIC).

03

### Já há sinais de recuperação dos doentes que possam ter ficado para trás?

A recuperação da capacidade produtiva dos serviços, perdida durante a fase crítica da pandemia, tem permitido a retomada da produção cirúrgica. No entanto, a grande maioria dos serviços tem limitações ou mesmo impossibilidade em aumentar a produção

cirúrgica, inviabilizando a redução da LIC para valores que respeitem o tempo máximo de espera definido por lei. Só a abertura de dois novos centros cirúrgicos poderia resolver este grave problema.

04

### Que desafios enfrenta um especialista em Cirurgia Cardiotorácica?

As alterações demográficas (envelhecimento, auOs EUA têm definido como critério de boa cobertura da população em cuidados de CCT, um centro cirúrgico por milhão de habitantes. Em Portugal continental existem seis centros para aproximadamente dez milhões de habitantes.

A excessiva centralização de cuidados de CCT teve como consequência um excesso de pressão da procura, centrando atenções na resposta à LIC e retirando oportunidades ao desenvolvimento da especialidade.

A aposta nos tratamentos cirúrgicos menos invasivos, a formação contínua a par das alterações na organização do trabalho em equipas multidisciplinares tendo o doente como o centro na organização hospitalar, são os grandes desafios.

05

### Temos médicos especialistas suficientes?

Em 2018, o Colégio de CCT promoveu um censo da especialidade retratando de forma pormenorizada o perfil dos cirurgiões. Baseado no pressuposto da estabilidade da necessidade da oferta, permitiu elaborar de um programa que especifica o número de IFE a treinar por ano.

O número atual de cirurgiões cardiotorácicos/cardíacos apesar de pontualmente excessivo é adequado às necessidades do país. A área das cardiopatias congénitas carece de uma estratégia de concentração de cuidados, permitindo a experiência e capacidade de treino adequada aos novos subespecialistas desta área.



ISABEL LUZEIRO

## Colégio da Especialidade de Neurologia

01

### Quais são as prioridades da especialidade?

Em Portugal, a formação em Neurologia tem níveis muito elevados de qualidade como se prova pela grande diferenciação que os jovens neurologistas adquirem logo no Internato, o que faz com que, muitas das vezes, sejam aliciados para trabalharem noutros países. Essa é a prioridade: contribuir para filiar no Serviço Nacional de Saúde (SNS) essa geração de neurologistas muito qualificados. É por isso que, com o objetivo de limar pequenas arestas de disparidade que ainda existem na formação entre os hospitais centrais e os de menor dimensão, o Colégio tem desenvolvido esforços para definir regras de homogeneização curricular e de avaliação ao longo (e no final) do Internato. Existe margem para melhoria do processo de avaliação e cremos que estamos no bom caminho para deixar um legado robusto.

02

### Que dificuldades vos trouxe a pandemia?

A Neurologia é uma especialidade muito clínica e, desde logo, a distância a que a pandemia nos obrigou, em relação ao contacto com o doente neurológico, modificou de forma profunda a nossa maneira de exercer medicina. A adversidade trouxe consigo a inovação: muitas áreas da Neurologia Clínica irão beneficiar da telemedicina e dos avanços que a tecnologia tem introduzido na prática. Incorporá-la será um desafio mas também um forte investimento no futuro.

03

### Que avanços podemos esperar na próxima década?

A Neurologia Clínica tem avançado de uma forma extraordinária e temos hoje a possibilidade de tratar doenças monogénicas com o gene em falta, algo que se nos afiguraria como pura ficção científica ainda há poucos anos. Temos evoluído no sentido da prática de uma Neurologia de precisão, conjugando cada vez melhor a clínica neurológica com os resultados dos exames complementares de diagnóstico (cada vez

mais evoluídos) e com perspectivas de tratamento também cada vez mais complexas. Por isso, a próxima década trará seguramente muitos avanços, mas também o desafio de os conseguirmos acomodar na estrutura do SNS que todos desejamos: universal, abrangente e eficaz.

04

### Qual o maior desafio para a Neurologia?

O grande desafio será integrar toda a inovação que a especialidade tem conhecido na prática clínica diária no SNS. Não se pode formar jovens neurologistas para o exercício da Neurologia do século XXI e oferecer-lhes, no dia-a-dia, inúmeras dificuldades na concretização do conhecimento que adquiriram durante a formação especializada. Esta será, provavelmente, a principal fonte para a desmobilização dos jovens médicos e para a sua (eventualmente rápida) desmotivação, fazendo-os sair do serviço público. A continuar assim, será muito difícil equilibrar a balança demográfica dos neurologistas portugueses. Se o peso da experiência não for equilibrado pela irreverência dos jovens médicos teremos seguramente muita dificuldade em manter a grande amplitude de trabalho que sabemos que a Neurologia efectivamente tem. Se esse equilíbrio for conseguido, é minha convicção que a qualidade da Neurologia portuguesa está mais do que assegurada e continuará a ombrear com o que de melhor se faz no mundo.

05

### Temos médicos especialistas suficientes?

Em Portugal, formam-se 20-30 neurologistas por ano. São suficientes para suprir as necessidades do país, em termos de assistência à pessoa com doença neurológica. Haverá, isso sim, que garantir que têm condições para se manterem dentro do SNS, substituindo os colegas que se vão retirando da atividade clínica.

Prótese customizada em doente com síndrome de Gardner

## Equipa multidisciplinar junta médicos, engenheiros e informáticos

**Francisco Salvado, diretor do Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte (CHULN) liderou a equipa que realizou uma cirurgia inovadora, no Hospital Pulido Valente, em 2021. Estamos a falar da aplicação de uma prótese customizada bilateral numa doente jovem com síndrome de Gardner, solução terapêutica que trouxe uma melhoria radical na sua qualidade de vida e bem-estar, proporcionando-lhe melhorias significativas nas funções fala e mastigação.**

TEXTO: PAULA FORTUNATO

Numa intervenção inovadora, o Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte operou uma doente de 17 anos cuja "amplitude de abertura da boca não ultrapassava os 2 milímetros" e que sofria de "dores intensas", circunstâncias "que a impediam de se alimentar e de falar adequadamente". Esta condição com óbvios condicionalismos para a vida pessoal resultava de um tumor provocado pela síndrome de Gardner, doença rara que se caracteriza pela formação de tumores ósseos no crânio. A equipa, liderada por Francisco Salvado, congratula-se por ter sido possível trazer uma mudança radical para o bem-estar desta doente pois "em dois meses tem a função da fala e da mastigação normais", com uma "evolução pós-cirúrgica muito compensadora".

Com uma longa experiência em cirurgia aberta e artroscópica da articulação temporomandibular, a



Equipa completa que interveio nesta cirurgia



Imagem intraoperatória com a prótese



Clínica Universitária de Estomatologia do CHULN “recebe casos de todo o país, alguns de grande complexidade médica e cirúrgica”, explica Francisco Salvado. “Este foi mais um desses casos: uma doente com síndrome de Gardner com invasão de toda a estrutura mandibular e da articulação temporomandibular. Trata-se de uma patologia rara e que atinge sobretudo jovens, e que, além do componente sistémico revelava uma componente oral e facial que limitava gravemente a vida da doente. Por isso optamos pela programação digital da cirurgia com implantação de prótese bilateral da articulação temporomandibular customizadas esteriolitograficamente”. “É muito compensador quando, através de técnicas avançadas podemos obter os melhores resultados minimizando o risco cirúrgico”, congratula-se.

Por ser uma doença rara, quisemos saber que desafios específicos implica em termos da capacidade de resposta dos sistemas de saúde. “Com a evolução do diagnóstico em medicina, o conjunto das chamadas doenças raras começa a ter um peso significativo no trabalho dos sistemas de saúde”, enquadrou Francisco Salvado. “Infelizmente não fomos totalmente capazes, até agora, de centralizar o diagnóstico e tratamento destas patologias em centros de referência. A Clínica Universitária de Estomatologia do CHULN faz parte do European Reference Network - Cranio. A nossa larga experiência nesta organização

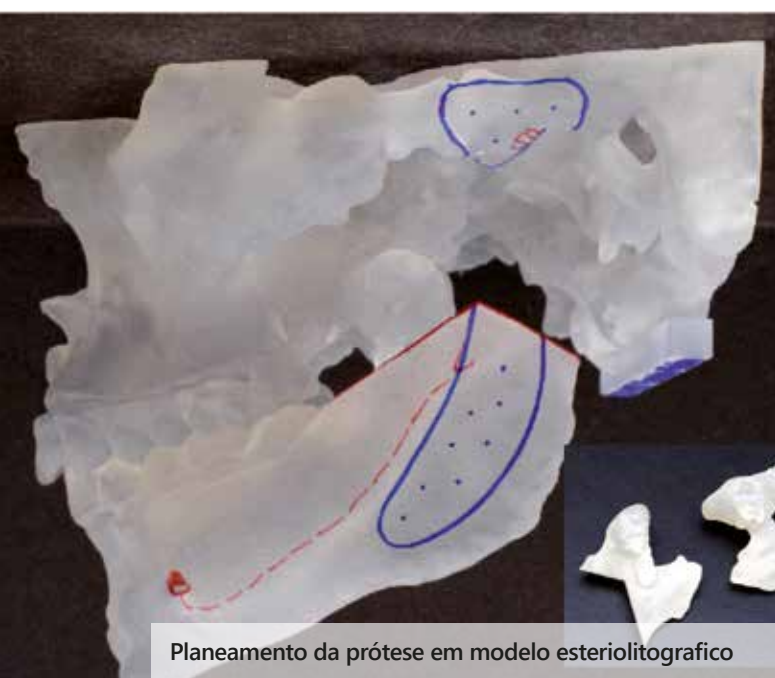


Miguel Amaral Nunes, Francisco Salvado e José Ferreira (equipa do serviço de Estomatologia)

de doenças raras da face e boca mostra que a inexistência de concentração destas patologias em determinados centros tira a Portugal a competitividade científica e clínica quando comparado com outros centros europeus”, lamenta.

Todo o processo de preparação da cirurgia decorreu durante esta situação pandémica e demorou algum tempo pois o processo tinha alguma complexidade visto que era preciso organizar uma equipa multi e interdisciplinar. “Desta equipa fizeram parte médicos estomatologistas (que executaram a cirurgia), anestesistas (que controlaram o doente intra operativamente e no pós-operatório) e fisiatras (muito importantes na reabilitação pós-operatória). Também foi essencial quer a participação de engenheiros e informáticos que conosco colaboraram na programação digital e customização das próteses, quer as senhoras enfermeiras, auxiliares e outros funcionários que conosco trabalharam no pré, intra e pós-operatório”. Um exemplo de trabalho em equipa notável, mas também um excelente exemplo de “colaboração entre instituições públicas e privadas” o que incluiu “a Faculdade de Medicina de Lisboa, o Centro Hospitalar Lisboa Norte e ainda o Instituto Português da Face”. Numa altura “em que o SNS se debate com tantas dificuldades”, Francisco Salvado fez questão de realçar o apoio e colaboração que a equipa sempre sentiu por parte do Conselho de Administração do CHULN e da sua direção clínica nomeadamente “no investimento que esta cirurgia implica”.

Esta foi a primeira vez que se colocou uma prótese customizada bilateral num doente com síndrome de Gardner no nosso país.



Planeamento da prótese em modelo esteriolitografico



# Egas Moniz: uma personalidade multifacetada

Egas Moniz  
no Hospital de Santa Marta



Detentor de uma personalidade multifacetada, Egas Moniz marcou a história mundial. Médico, escritor, cientista, político, professor e investigador brilhante, o nosso primeiro Nobel procurou a inovação numa área em que não havia qualquer resposta terapêutica - tratamento cirúrgico de certas psicoses -, numa época em que Portugal não tinha tradição de investigação científica. Neste baú de memórias trazemos breves apontamentos sobre as várias vertentes deste médico ímpar, por ocasião do 66º aniversário da sua morte, a 13 de dezembro de 1955.

Nasceu em 29 de novembro de 1874 e foi um dos médicos mais marcantes da história da medicina portuguesa e mundial. Natural de Avanca (aldeia no Centro/Norte de Portugal), foi batizado António Caetano de Abreu Freire, mas o seu tio e padrinho viria a insistir que o seu apelido fosse alterado para Egas Moniz, em homenagem ao famoso nobre que serviu o primeiro rei de Portugal, de quem a família descendia. Depois de fazer o curso de medicina na Universidade de Coimbra, Egas Moniz viajou para França onde aprofundou os estudos em Neurologia e Psiquiatria, regressando ao nosso país em 1911. Egas, o professor, vai liderar a nova especialidade de Neurologia da Universidade de Lisboa, cujo ensino foi instituído pela primeira vez e onde permaneceu até à reforma (em 1944).

"Apreciado pelos correligionários e temido pelos adversários", foi fundador do Partido Republicano Centrista e dedicou-se fervorosamente à vida política, passando por funções de embaixador em Madrid e de ministro (dos negócios estrangeiros). O Egas político era, sem dúvida, homem corajoso, íntegro e honesto e de uma frontalidade quase chocante, de tal forma que, por ocasião de um debate sobre contas referentes à construção da linha de caminhos de ferro do norte de Angola, Norton de Matos – então Governador-Geral dessa província ultramarina – se sentiu

ofendido com as acusações feitas por Egas Moniz e o desafiou para um duelo. Foi um duelo à espada em que ambos ficaram ligeiramente feridos, um conflito do qual nunca mais se reconciliaram.

Mas, ao contrário do que se possa pensar, o político não fez desaparecer o médico ou o investigador. Apenas o "adiou", pois, após se aposentar da política em 1926, então com 51 anos, Egas Moniz concentrar-se-ia na sua pesquisa em Neurologia. É a este médico português que o mundo deve a descoberta da angiografia cerebral que foi – e continua a ser – uma técnica importante para a identificação da natureza das lesões do sistema nervoso. Acerca deste meio complementar de diagnóstico, dizia Egas Moniz: "Quando em junho de 1927, consegui ver pela primeira vez ao raio x as artérias do cérebro, através dos ossos espessos do crânio, tive um dos maiores deslumbramentos da minha vida". Estes trabalhos valem-lhe as duas primeiras nomeações ao Prémio Nobel da Medicina (em 1928 e 1933), mas sem obter o reconhecimento pela academia sueca. Entretanto, a sua investigação segue outros caminhos e a 27 de dezembro de 1935 realiza a 1ª leucotomia pré-frontal, utilizando o leucótomo. Será precisamente o conjunto da sua investigação, com as vantagens em termos de diagnóstico da angiografia cerebral mas, especialmente, os avanços na leucotomia préfrontal,



Fachada principal  
Casa Museu Egas Moniz



enquanto proposta terapêutica promissora para o tratamento de algumas psicoses, que lhe valerá a atribuição do Prémio Nobel da Medicina, em 1949.

Egas Moniz foi também um escritor prolífero que, em 1934, só com as suas publicações sobre angiografia, somava já 112 artigos e 2 livros. Destacamos algumas publicações de sua autoria, demonstração da versatilidade dos seus interesses, que incluíam diferentes áreas médicas, autobiografias, literatura, etc.:

- Alterações anátomo-patológicas na difteria, Coimbra, 1900;
- A vida sexual (fisiologia e patologia), Coimbra, 1901;
- A Neurologia na guerra, Lisboa, 1917;
- Um ano de política, Lisboa, 1920;
- Júlio Diniz e a sua obra, Lisboa, 1924;
- O Padre Faria na história do hipnotismo, Lisboa, 1925;
- Os Pintores da Loucura, Lisboa, 1930;
- Diagnostic des tumeurs cérébrales et épreuve de l'encéphalographie artérielle, Paris, 1931;
- L'angiographie cérébrale, ses applications et résultats en anatomic, physiologie et clinique, Paris, 1934;
- Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses, Paris, 1936;
- La leucotomie préfrontale. Traitement chirurgical de certaines psychoses, Turin, 1937;
- Clinica dell'angiografia cerebrale, Turin, 1938;
- Die cerebrale Arteriographie und Phlebographie, Berlin, 1940;
- Ao lado da medicina, Lisboa, 1940.
- Trombosis y otras obstrucciones de las carótidas, Barcelona, 1941;

- História das cartas de jogar, Lisboa, 1942;
- Como cheguei a realizar a leucotomia pré-frontal, Lisboa, 1948;
- Os Professores Universitários e a Investigação Científica, Lisboa, 1948;
- Confidências de um investigador científico, Lisboa, 1949;
- A nossa casa, Lisboa, 1950.

As distinções que recebeu surgem de vários pontos do globo: Egas Moniz foi distinguido com a Gran Cruz da Instrução e Benemerência (Portugal) e a Gran Cruz de Isabel a Católica (Espanha); foi nomeado Grande Oficial da Ordem da Coroa de Itália e Comendador da União de Honra de França. Recebeu o grau de Doutor Honoris Causa das Universidades de Bordéus e Lyon; Membro de mérito e presidente – em vários momentos – da Academia das Ciências de Lisboa; Membro das Academias de Medicina de Paris e de Madrid e da Sociedade de Cirurgiões Neurológicos Britânicos; Foi membro honorário da *Royal Society of Medicine* de Londres, da *Académie Nationale de Médecine* do Rio de Janeiro, da Sociedade Americana de Neurologia e de várias instituições sul-americanas. Egas Moniz foi de uma enorme dedicação à ciência, um cientista brilhante que trouxe a Portugal o seu primeiro Prémio Nobel.

## Fontes:

<https://casamuseuegasmoniz.com/>  
<https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1949/>  
[https://classicadigitalia.uc.pt/files/previews/90699\\_preview.pdf](https://classicadigitalia.uc.pt/files/previews/90699_preview.pdf)

Escultura de Egas Moniz da autoria do escultor Albano Martins

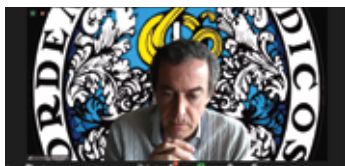






## OM vai reforçar contactos com os PALOP para colaborar na vacinação

Reconhecendo a sua importância no combate à COVID-19, a Ordem dos Médicos defende que Portugal pode ter um “papel mais forte” na vacinação nos países em desenvolvimento, nomeadamente junto da Comunidade dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. O bastonário Miguel Guimarães lembra que a vacinação é um instrumento “fundamental” e pretende reforçar contactos com as congéneres nesses países para estudar a melhor forma de colaborar nos seus processos de vacinação.



## Associação Portuguesa de Bioética distinguida com medalha de ouro

A Assembleia da República atribuiu a medalha de ouro comemorativa do 50º Aniversário da Declaração Universal dos Direitos do Homem à Associação Portuguesa de Bioética (APB) pela elaboração da Declaração Universal de Igualdade de Género, “uma iniciativa de grande atualidade e alcance na promoção da igualdade de género como direito humano fundamental”. Como explica Rui Nunes, presidente da APB, é “uma ferramenta concreta na qual valores como a justiça e a não discriminação são aplicados no domínio da igualdade de género”. Depois de aprovada, esta declaração irá “contribuir para uma imagem moderna do nosso país, enquanto sociedade tolerante, justa e igualitária”.



## Antecipar medidas de combate à pandemia é positivo

Foi este o comentário do bastonário da OM à notícia veiculada em dezembro de que o Governo liderado por António Costa teria avançado com um pedido de compra conjunta de uma vacina contra a COVID-19 adaptada à variante Ómicron, para o caso de ser necessária uma quarta dose. Em declarações no Fórum TSF, Miguel Guimarães explicou que ainda não há base científica para uma quarta dose, mas considerou positiva esta antecipação para prevenir um potencial cenário de agravamento.



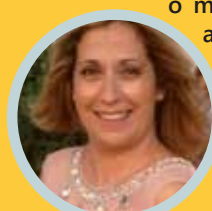
## Agência Europeia do Medicamento aprova dois novos tratamentos

A Agência Europeia do Medicamento aprovou a 16 de dezembro dois novos tratamentos para a COVID-19: um usa anticorpos monoclonais (Xevudy da farmacêutica britânica GlaxoSmithKline) e o outro é um imunossupressor já autorizado na União Europeia para o tratamento de inflamações (Kineret da farmacêutica sueca Sobi).



**VOX POP**

**ESTE NATAL QUE PRENDA GOSTARIA DE DAR À MEDICINA?**



Aos médicos do nosso país, que têm dado o máximo pelo SNS, como prenda a agradecer a forma como têm tratado e cuidado dos doentes perante a pandemia, dava uma redução das horas extraordinárias a que têm sido submetidos.

*Luísa Ferro, assistente administrativa*



## Portugueses têm cada vez menos confiança na política e no jornalismo

Um trabalho de investigação, liderado por Miguel Ricou, professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, intitulado "COVID-19 Pandemic: Effect on Confidence Levels of Portuguese Towards People of Different Professions", mediu a confiança dos portugueses nas várias classes profissionais em dois momentos distintos da pandemia: julho e setembro de 2020. A conclusão foi que – ao contrário dos níveis elevados de confiança nos médicos e outros profissionais da saúde, ciência e educação – a confiança na classe política e nos jornalistas diminuiu ao longo da pandemia.



## "Quebra brutal" na velocidade da vacinação

Na terceira dose da vacinação, Portugal deixou de estar "no topo a nível da Europa nem a nível mundial", lamentou o bastonário Miguel Guimarães. "O facto de termos tido 86% das pessoas vacinadas (...) não nos garante que estávamos todos protegidos *ad eternum*", frisou, realçando que já se sabia isto quando o vice-almirante Henrique Gouveia e Melo saiu da coordenação do processo de vacinação, no final de setembro.

## ONU alerta para aumento preocupante das desigualdades

Por ocasião do Dia Internacional dos Direitos Humanos, a Organização das Nações Unidas alertou que a pandemia trouxe um aumento preocupante das desigualdades a nível mundial, nomeadamente na vacinação e nas taxas desproporcionadas de infeção e morte nas comunidades menos favorecidas.



# 752

É o número de notificações de situações de violência contra profissionais de saúde que foram feitas de janeiro a outubro de 2021, de acordo com dados da plataforma Notifica, da Direção-Geral da Saúde, número que corresponde a um aumento de 4% dos episódios de violência face ao período homólogo de 2020.



Investimento em condições de trabalho; reforço de educação para a saúde a partir do pré-escolar; melhorar acesso a cuidados primários; aumentar capacidade de unidades de convalescença, paliativos. Incrementar hospitalização domiciliária. Implica dotação em recursos humanos adequados (quantidade e diferenciação).

João Fernandes, enfermeiro

Dava equipamentos de proteção individual para os médicos e *gadgets* tecnológicos para serem utilizados no tratamento dos pacientes.

João Patrício, consultor imobiliário



## PROVA DOS FACTOS



PESQUISA: PAULA FORTUNATO

### Aspirina melhora prognóstico dos doentes internados com COVID-19

A newsletter do ISBE nº 158 analisou o ensaio clínico "Aspirin in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): a randomised, controlled, open-label, platform trial", publicado no Lancet que analisa precisamente a eficácia e a segurança da aspirina em doentes internados com COVID-19. O resultado primário analisado foi a mortalidade aos 28 dias com uma amostra constituída por 14.892 doentes, não tendo sido identificada qualquer diferença na taxa de mortalidade do grupo da aspirina quando comparado com o grupo de cuidados de rotina. No entanto, embora a terapêutica com aspirina não diminua a taxa de mortalidade hospitalar, os resultados evidenciam que pode ter um impacto (ainda que modesto) na probabilidade de alta aos 28 dias. É realçado que faltaram neste estudo dados detalhados de imagiologia e de alterações fisiológicas e que não há informação sobre o uso da aspirina em doentes ambulatoriais com infeção por SARS-CoV-2.



### Vacina que "não previne a transmissão" é "inérita"

Segundo declarações televisivas datadas de 3 de dezembro de 2021 proferidas pelo médico Christian Perronne a vacina contra a COVID-19 é a primeira que "não previne a transmissão" da doença; Perronne afirma que essa é uma situação "nunca vista na história das vacinas, desde Pasteur". Tal afirmação

não é verdadeira: ao contrário do que muitas pessoas pensam, a maioria das vacinas não tem um efeito de imunidade "esterilizante", ou seja, não erradica a propagação do vírus. À semelhança das vacinas contra a COVID-19, a maior parte fornece apenas uma imunidade "efetiva", protegendo contra os sintomas mais graves, mas sem impedir que o vírus se propague. É o caso das vacinas contra a hepatite B, a tosse convulsa ou a gripe, por exemplo. Já a varíola e o sarampo são exemplos de doenças que estão a ser combatidas graças a vacinas com imunidade esterilizante. Segundo noticiado no Le Monde, este médico foi demitido de funções dos hospitais públicos onde trabalhava no dia 17 de dezembro.



### Vacinas contra a COVID-19 foram testadas em animais

Apesar das alegações de que as vacinas contra a COVID-19 teriam sido aprovadas sem serem realizados testes prévios em animais, vários fact checks demonstram que a autorização de emergência dada pela FDA e pela Agência Europeia do Medicamento só aconteceu após as fases dos ensaios clínicos e pré-clínicos, incluindo os testes em animais, serem concluídas com sucesso. Em <https://www.amprogress.org/covid-19-resources/covid19animalresearch/> divulgam-se os estudos em animais nas várias fases de desenvolvimento de vacinas e fármacos contra a COVID-19.





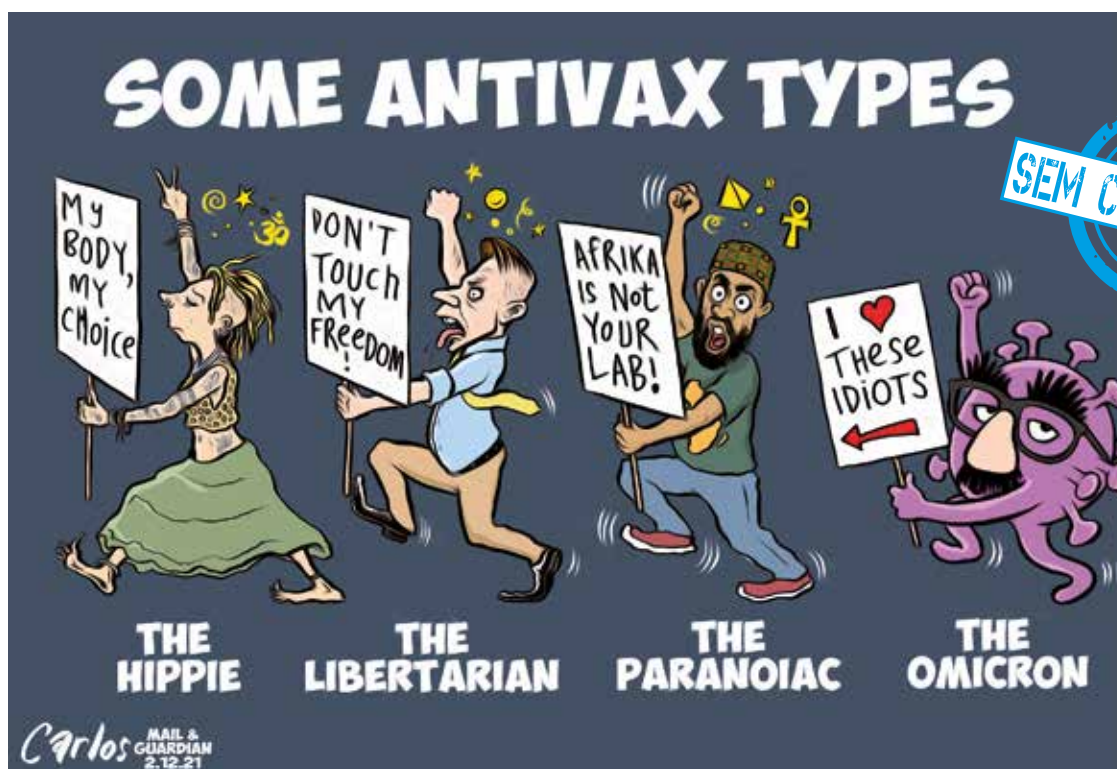
■ A vacina é responsável pelas variantes do SARS-CoV-2

Os especialistas não têm dúvidas que as variantes de coronavírus disseminadas pelo mundo começaram a surgir muito antes das vacinas serem disponibilizadas. É isso mesmo que reporta a Associated Press – depois de falar com Stuart Ray, professor da Faculdade de Medicina da Universidade Johns Hopkins. A evidência sugere que as novas variantes evoluíram em resultado de infeções prolongadas na população e não das vacinas.



■ Crenças políticas afetam taxa de vacinação

A posição parental quanto à vacinação infantil é um processo social complexo e dinâmico que reflete as convicções políticas e sociais dos progenitores. Essa é a conclusão de uma revisão sistemática sobre os fatores que influenciam as opiniões parentais sobre a vacinação preventiva em crianças. A análise, realizada por Cooper S et al, conclui que os pais podem ser influenciados quer por questões políticas quer sociais, mas também pelo fator “acesso”. Um dos exemplos que é dado, é a exclusão social que pode prejudicar a confiança no governo e gerar sentimentos de ressentimento. Esta situação será agravada sempre que os serviços públicos sejam de baixa qualidade ou de difícil acesso. Pais socialmente excluídos irão mais facilmente desconfiar da vacinação e recusá-la. No outro extremo, os pais que tenham convicções neoliberais, especialmente nos países com mais recursos, poderão recusar a vacinação por considerarem que essa deve ser uma escolha e responsabilidade individuais. A compreensão dessa complexidade será a solução para desenvolver campanhas de vacinação mais eficazes, consoante o público-alvo, como a OMS tem procurado fazer ao longo dos anos. O estudo “Factors that influence parents' and informal caregivers' views and practices regarding routine childhood vaccination: a qualitative evidence synthesis” está publicado na Cochrane Library e pode ser consultado aqui: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013265.pub2/full>



Cartoon by Carlos Amato



# Vasco Trancoso: A fotografia é uma viagem de autoconhecimento

**A pandemia obrigou-o a desacelerar a atividade artística, mas anseia pelo momento em que voltará a fotografar em pleno nas ruas das Caldas da Rainha, cidade que escolheu fazer sua. Enquanto isso não acontece, o gastroenterologista Vasco Trancoso viu o seu livro de fotografia - intitulado "99"\* - ser aclamado a nível internacional: em 2020, como 'livro do mês' no blogue da *Leica Fotografie International* e com um 2º lugar na categoria *photobook* no *Prix de la Photographie* de Paris. Já este mês [dezembro de 2021], voltou a ser premiado, na *Budapest International Photo Awards*. Numa breve entrevista, procurou transmitir o seu modo de encarar a arte e os diálogos que estabelece através da fotografia.**

TEXTOS: PAULA FORTUNATO



Vasco Rui Rodrigues de Noronha Trancoso nasceu em Lisboa a 16 de janeiro de 1944. Recorda uma infância marcada pelo amor e pela educação que recebeu dos avós e como, aos 4 anos de idade, entre os primeiros livros da sua vida, estava a enciclopédia Lello ilustrada, onde descobre a pintura, momento que define como "primeiro estímulo importante na aprendizagem estética e construção de um olhar sobre as artes visuais". Termina o curso de medicina em 1972 e faz a especialidade de Gastreenterologia à qual se dedica de corpo e alma. É no Centro Hospitalar das Caldas da Rainha que atinge o grau de chefe de serviço, aprovado com 20 valores, e funda o Serviço de Gastreenterologia, em 1983, ano em que escolhe ficar a residir nessa cidade. Cria, ainda, o Núcleo de Gastreenterologia dos Hospitais Distritais que foi decisivo para o desenvolvimento da valência no país. Mas não é sobre o enorme contributo que Vasco Trancoso deu para o desenvolvimento da Gastreenterologia portuguesa que vamos falar, mas antes da sua sensibilidade estética e da forma como encontra na fotografia um universo onde não há passado nem futuro, no qual o presente fica suspenso numa imagem, em comunicação com o mundo.

Saudoso de uma medicina na qual ouvir e observar o doente era mais valorizado que estatísticas de produtividade, Vasco Trancoso considera que entre médico e fotógrafo "sempre houve coabitação, com maior ou menor predominância de cada personagem consoante as fases da vida", e lembra que "todos trazemos outros em nós". Aliás, numa demonstração desse cruzamento de artes, em 1995, vence o 3º prémio nacional de fotografia endoscópica atribuído pela Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e, em 1997, o 1º prémio a nível nacional. De 2001 e 2009, a *ars medica* partilha o seu espaço com uma produção artística intensa, "talvez como um mecanismo de catarse", durante a qual pinta dezenas de quadros. Mas "obviamente que após estar aposentado [2009] há mais espaço para a arte" e, quando deixa de exercer, retoma a paixão pela fotografia, a par da caricatura e da pintura (acrílico sobre tela), áreas a que também se dedica. Na fotografia começa por imortalizar imagens contemplativas de paisagens, num registo documental, mas, a partir do final de 2014, é a chamada "fotografia de rua" que desperta o seu interesse. Tal como o jazz, a fotografia de rua é "imprevisível", uma incerteza que lhe traz prazer





pois "as surpresas agradáveis fazem subir o nível das hormonas da felicidade".

Considera que "as fotografias devem falar a solo e transmitirem o que o autor tem para dizer" e faz-nos questionar sobre o que é que Vasco Trancoso tem para dizer e descobrimos que estabelece um diálogo interior... "Percorro os lugares públicos sobretudo ao sabor da intuição e da luz, procurando os fragmentos de cor emergindo entre silhuetas e sombras. (...) A abordagem plástica, a composição cromática, as emoções e o impacto gráfico são decisivos. Fotografo pelo prazer de ver além das aparências. As minhas imagens acabam por ser uma viagem de autoconhecimento. Como o modo de ver reflete tudo o que somos - as fotografias são, afinal, uma crónica do próprio fotógrafo e traduzem os sonhos de cada um *like a message in a bottle*". Mas também são um espaço de comunicação: "As fotografias mostram também a voz do fotógrafo tentando comunicar com os outros através do seu modo de 'ver' específico. Um portal através do qual dialogam duas almas: a do fotógrafo e a do observador. O resultado depende da cultura visual de cada um. Gosto de viver para aprender e a fotografia é como uma bússola que me ajuda nesse caminho".

Conta-nos como, ao fotografar as ruas da sua cidade, se vê na iminência de ter que procurar o milagre num quotidiano onde seria fácil perder-se no desencanto da familiaridade: "É um exercício difícil porque estamos mais habituados aos locais e os milagres de luz e cor, que todos os dias acontecem, passam despercebidos. Por outro lado, fotografar nas ruas de uma cidade pequena é também um desafio porque as situações extraordinárias são mais raras do que nas grandes cidades. Caldas da Rainha e Óbidos não fogem à regra. (...) Não se trata de uma cidade com paredes de cores saturadas, como Cuba ou Marrocos, e as pessoas vestem convencionalmente, sendo difícil encontrar personagens fantásticas como em Londres ou Nova Iorque". O resultado do que registou através da sua lente entre

2016 e 2019 deu origem ao livro "99". Como é que em ruas tão 'comuns' se consegue fazer 99 fotografias incomuns, que se juntam nas páginas de um livro? "Houve que fazer uma observação constante dos lugares, das cores, da luz e das horas adequadas e percorrer dezenas de vezes os mesmos locais, às mesmas horas, esperando encontrar os atores certos para o cenário também certo". Foi assim que se dedicou a fotografar por prazer, diariamente, os mesmos sítios, nas várias cambiantes do dia, retratando pessoas, muitas vezes engolidas pelas sombras. "O jogo de luz/sombra é, para mim, essencial", assume e cita o fotógrafo Jay Maisel: *'The drama of light exists not only in what is in the light, but also what is left dark. If the light is everywhere, the drama is gone'*. "As sombras e silhuetas podem atuar quase como um 'negative space' para as cores", afirma, lembrando como Pierre Auguste Renoir reconheceu que tinha passado 40 anos até descobrir o preto como "a rainha de todas as cores"...

Das interrogações de infância, em que tentava adivinhar sonhos e sentimentos do vulto escondido atrás do cortinado da janela, transita para o enigma de decifrar corpos e vidas recortadas pela luz e pela sombra e, ao transpor o seu olhar para a eternidade, Vasco Trancoso fez questão de ter um livro impresso. Uma escolha que explica pela mística desse objeto artístico: "os livros podem promover em nós um tempo próprio, diferente do que encontramos nas redes sociais onde as narrativas fotográficas competem e misturam-se num ritmo acelerado e caótico - muitas vezes confuso". Já os livros "promovem um envolvimento mais lento e mais concentrado do leitor" e, assim, "vão revelando os segredos que contêm, lentamente..." Além disso, partilha, "têm uma característica fantástica": são "dos poucos objetos que para funcionar e dar prazer não precisam ser ligados à eletricidade".

\*Para mais informações sobre o livro 99:

<https://www.facebook.com/vasco.trancoso>

NOVO LEXUS UX 300e 100% ELÉTRICO

# SINTA A EMOÇÃO DE SER O PRIMEIRO

## PROTOCOLO LEXUS COM A ORDEM DOS MÉDICOS

Com o novo Lexus UX 300e tem tudo para ser o primeiro a desfrutar da independência dos 400 km de autonomia em ciclo urbano, da agilidade com os 7.5 segundos dos 0-100 km/h e da energia dos 240 CV no motor elétrico. Aproveite as condições exclusivas para associados e sinta a emoção de conduzir o primeiro Lexus 100% elétrico.

- > 1 milhão de km ou 10 anos de garantia de bateria
- > 7 anos de garantia geral

Faça a pré-reserva online em [ux300e.lexus.pt](https://ux300e.lexus.pt)



Condições de garantia: Garantia Legal (2 anos sem limite de quilómetros).  
Garantia do Fabricante (3º ano ou até aos 100,000 km).  
Extensão de Garantia (do 4º ano até 7º ano até aos 160,000 km).





JORGE MANUEL SILVA

Médico Interno do 3º Ano de Medicina Geral e Familiar na USF St. André de Canidelo



## Que médicos queremos no futuro?

**A despenalização da eutanásia ameaça o que consagra a nossa profissão. Pretendemos mesmo que as gerações futuras cresçam nesta realidade? Um mundo onde os jovens médicos serão ensinados a pôr termo à Vida, negando-Lhe o seu Natural epílogo?**

Nos últimos anos assistimos a um recrudescimento do debate sobre a eutanásia. Em concreto, ao longo dos últimos dois, este debate adquiriu uma dimensão nacional, abrangendo os vários setores da nossa sociedade. Amplamente acompanhado pela comunicação social, o projeto-lei que pretende legislar sobre esta temática foi discutido e votado na Assembleia Nacional da República por duas vezes, tendo passado pelo Tribunal Constitucional, e terminado num veto presidencial em novembro de 2021. Acredita-se que numa futura legislatura (poderá ser já na próxima) os deputados eleitos sejam novamente chamados a esgrimir argumentos, concordantes com o seu lado.

E que lado é esse? O lado deles? Ou o lado dos doentes relativamente aos quais o projecto-lei versa e condensa, numa tentativa pálida, uma vivência tão singular como uma doença terminal, num pergaminho repleto de comissões de terceiros, juízes dessa vivência?

Existem somente duas coisas imutáveis na vida de cada ser humano: o nascimento e a morte. Recebemos a dádiva da vida pela vontade dos nossos pais. Depois disso existe uma linha mais ou menos comprida que conhece o seu Natural epílogo... pelo menos, até agora.

Na faculdade de Medicina ensinam-nos a distinguir dois conceitos muito diferentes, que, quase sempre, são apenas descobertos na cadeira de Bioética: Eutanásia e Distanásia. Os bioeticistas na sua cátedra interpe-lam-nos sobre o alcance do nosso braço, na vida dos nossos futuros doentes. Desafiam a nossa consciência a aceitar essa linha indelével mais ou menos comprida, como Natural, e a mitigar qualquer sofrimento que não resulte em benefício absoluto para os nossos futuros doentes. "*Primum non nocere*"... pelo menos, até agora.

Como médico, reconheço e acredito na finitude da Medicina. E é tempo da Medicina se encontrar em si mesma. Num tempo em que a nossa bússola moral corre um sério risco de se decompor, abrindo um precedente sociológico, torna-se necessário abrigarmos-nos no nosso juramento: "GUARDAREI o máximo respeito pela vida humana"<sup>2</sup>. Este precedente ameaça o que consagra a nossa profissão. Pretendemos mesmo que as gerações futuras cresçam nesta realidade? Um mundo onde os jovens médicos serão ensinados a pôr termo à Vida, negando-Lhe o seu Natural epílogo?

O médico tem o dever de ouvir as ânsias e atender ao sofrimento dos seus doentes. Mas tem a obrigação, de, humanamente, reconhecer os seus limites. O alcance do nosso braço deve ser completamente investido no acompanhamento do nosso doente, livre de qualquer pensamento que nos faça cair na tentação de acabar com ele. Apenas o investimento numa Rede de Cuidados Paliativos, pública e nacional, pode garantir o futuro da Medicina como a conhecemos.

A Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida e o Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas foram unânimes em mostrar o cartão vermelho à eutanásia<sup>3,4</sup>. Constituindo os órgãos consultivos com maior relevância, faz-me crer que acreditam na Medicina como ela sempre foi... pelo menos, até agora.

### Bibliografia:

1. Smith CM. Origin and uses of *primum non nocere*-above all, do no harm! J Clin Pharmacol. 2005;45(4):371-377. doi:10.1177/0091270004273680
2. WMA Declaration of Geneva – WMA – The World Medical Association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>. Accessed February 21, 2020.
3. [https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/05/Informação\\_CNEDM16-Eutanásia\\_CNEDM.pdf](https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/05/Informação_CNEDM16-Eutanásia_CNEDM.pdf). Accessed February 21, 2020.
4. [https://www.cnecev.pt/admin/files/data/docs/1582120567\\_cnecev\\_parecer\\_110\\_2020\\_final.pdf](https://www.cnecev.pt/admin/files/data/docs/1582120567_cnecev_parecer_110_2020_final.pdf). Accessed February 21, 2020.

## HÉLDER GOMES

UCSP Odivelas; Especialista MGF; Competência avaliação de dano corporal;  
Pós graduação em medicina do trabalho



# Contexto atual dos cuidados paliativos em Portugal

**A medicina tem evoluído significativamente nos últimos anos, porém, os cuidados de saúde paliativos não têm acompanhado essa evolução. É importante clarificar em Portugal quantos doentes em cuidados paliativos – CP, têm efetivamente a dor e os restantes sintomas controlados.**

A nível mundial, com o envelhecimento da população, a prevalência de doenças crónicas especialmente do foro oncológico ou cardiovascular têm vindo a aumentar, com grande impacto social e económico. A medicina tem evoluído significativamente nos últimos anos, porém o acesso a cuidados de saúde paliativos de qualidade não têm acompanhado essa evolução.

Em Portugal foi implementada uma Rede Nacional de Cuidados Paliativos - RNCP, de acordo com o plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos. De entre doentes que necessitam

de cuidados paliativos a maioria (61,9%) morrem em cuidados hospitalares. A monitorização dos cuidados devia ser efetuada com sistemas de monitorização fidedignos que permitam avaliar a qualidade dos serviços prestados. É importante clarificar em Portugal quantos doentes em cuidados paliativos, têm efetivamente a dor e os restantes sintomas controlados.

A nível mundial, com o envelhecimento da população, a prevalência de doenças crónicas especialmente do foro oncológico ou cardiovascular e a consequente necessidade de prestação de cuidados paliativos têm vindo a aumentar. Esta realidade tem um grande impacto social e económico. Segundo o *WHO Global Burden of Disease Project*, em 2016 as principais causas de morte nos países desenvolvidos foram a doença cardíaca isquémica em primeiro lugar, seguida pelas doenças cerebrovasculares, a

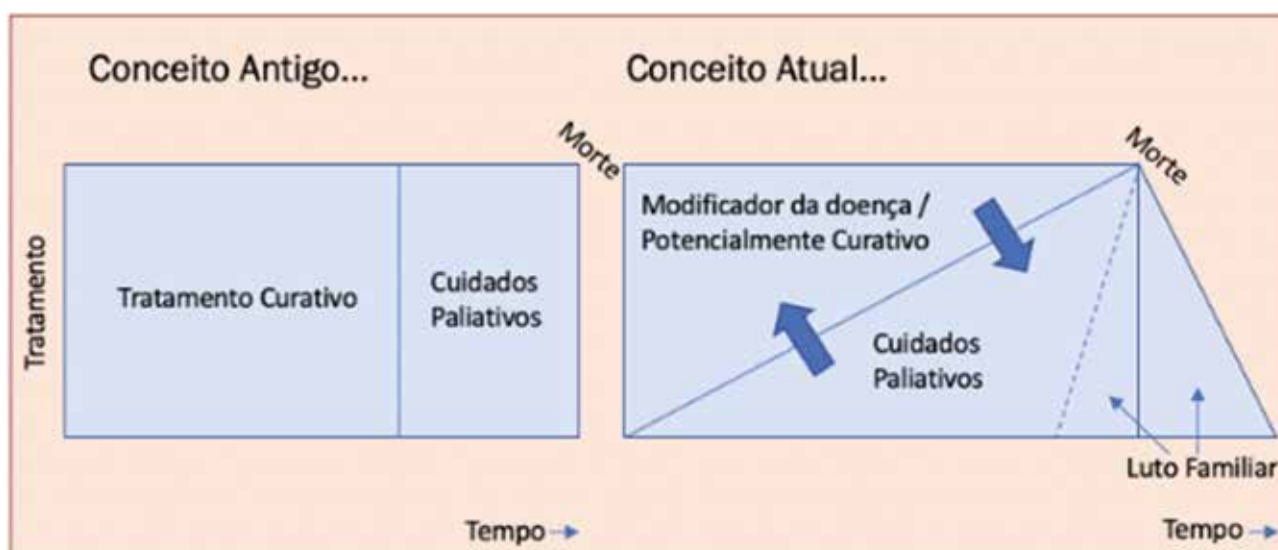


Figura 1 - Modelos de CP - Adaptado de Murray et al 2005 e de Lynn & Adamson 2003



doença pulmonar obstrutiva crônica, as infecções do trato respiratório inferior, as demências, sendo o carcinoma do pulmão e árvore respiratória a sexta principal causa de morte. (Organization & 2018, 2018)

A evolução da medicina nos últimos anos tem-se verificado com o surgimento de novos meios complementares de diagnóstico, novos tratamentos com impacto significativo na melhoria da qualidade de vida. Contudo, os cuidados de saúde paliativos têm sido deixados para segundo plano.

Historicamente, os cuidados de saúde paliativos foram dirigidos apenas a doenças crônicas, para as quais, à luz dos conhecimentos atuais não dispomos de um tratamento curativo, na figura 1 é esquematizado a evolução do conceito de cuidados paliativos. Para além disso, o foco de atuação dos cuidados paliativos no passado era o controlo dos sintomas físicos, no entanto, nos últimos anos tem também vindo a ser introduzido o conceito de cuidados paliativos compreensivos e integrados. O modelo de cuidados é transversal e centrado no doente, procurando uma otimização médica, social, espiritual e psicológica no fim de vida. (Tsuneto, 2012)

É importante atentar na definição da WHO, acerca dos cuidados de saúde paliativos a qual anexo abaixo na tabela 1. A morte deve ser encarada um processo normal e os médicos devem estar adequadamente treinados para alívio dos sintomas: a dor, o sofrimento físico, psicológico e espiritual. A comunicação com o doente e familiares deve ser honesta e aberta com discussão dos objetivos de tratamento.

Em Portugal foi implementada uma Rede Nacional de Cuidados Paliativos, de acordo com o plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2017-2018. Esta procura integrar os cuidados primários, cuidados hospitalares e os cuidados integrados. Os objetivos do referido plano estratégico passam, não só pela formação em cuidados paliativos a todos os profissionais de saúde, como também pela constituição de equipas consultoras de cuidados paliativos.

De acordo com dados do plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos a 31 de dezembro de 2018 com exceção do hospital distrital da Figueira da Foz, EPE e do Hospital de Ovar, P.A. todos os hospitais gerais e oncológicos têm equipa intra-hospitalar de suporte em CP e estão atualmente

**TABELA 1**

Adaptado de Definição da WHO de cuidados paliativos

### Definição da WHO de cuidados paliativos

- Afirmar a vida e encarar a morte como um processo normal;
- Não apressar nem adiar a morte;
- Procurar aliviar a dor e outros sintomas angustiantes;
- Integrar os aspetos psicológicos e espirituais nos cuidados do paciente;
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver ativamente tanto quanto possível até a morte;
- Disponibilizar um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e com o seu próprio luto

em funcionamento 21 equipas comunitárias do domiciliárias de CP.

Segundo um estudo recente, de entre os doentes que necessitam de cuidados paliativos a maioria (61,9%) morrem em cuidados hospitalares tendo essa percentagem aumentado de forma linear. (Barbara Gomes, 2018)

A dor é o principal sintoma nos doentes oncológicos, estima-se que cerca de metade dos doentes oncológicos sejam atingidos por dor sendo a percentagem muito superior em situação avançada/terminal. (Tiago Beato, 2016). Mesmo no caso dos doentes que ficaram curados, sabe-se que, inclusivamente uma percentagem significativa, cerca de 33%-40% têm dor crónica. (Michael Bennett, 2018). Os opioides, pelo seu perfil de eficácia são uma estratégia chave para controlo da dor. Em Portugal, verifica-se ainda alguma resistência ao uso de opioides, sendo que até há cerca de 10 anos o seu consumo era relativamente baixo em relação a outros países desenvolvidos. No entanto, nos últimos 10 anos tem havido um aumento progressivo no seu uso em Portugal sendo, inclusive, o segundo país, dentro dos países da Europa do Sul com maior uso de opioides. (Tiago Beato, 2016)

A qualidade dos cuidados prestados deve continuar a ser monitorizada no que diz respeito à adequada cobertura a nível nacional num processo de melhoria

### Os cuidados de saúde primários por serem normalmente o primeiro contacto dos doentes com o sistema de saúde devem gerenciar os principais sintomas, identificando também os doentes que necessitam de serviços de cuidados paliativos especializados.

continua. A WHO já estabeleceu uma série de guidelines acerca do alívio da dor, da disponibilidade de opioides bem como do controlo sintomático nos cuidados paliativos.

Na sequência do exposto anteriormente, ainda não existem dados bem estabelecidos sobre a qualidade dos serviços prestados, no entanto as principais lacunas encontradas reportam-se a acessibilidade a serviços específicos, falta de recursos extra-hospitalares, inadequado controlo sintomático e a sobrecarga dos cuidadores com impacto nos doentes e família.

Como estratégia inicial para perceber a qualidade dos serviços prestados seria importante inicialmente clarificar algumas questões. Seria importante perceber quantos doentes em cuidados paliativos têm efetivamente a dor e os restantes sintomas controlados. Segundo o relatório de Outono do Observatório Português dos Cuidados Paliativos cerca de 67.8% dos doentes em cuidados paliativos preferia morrer em casa (própria ou de familiar ou amigo) no entanto o local de ocorrência da morte mais frequente é numa unidade de cuidados paliativos. (Manuel Luís Capelas & Rita Cunha Ferreira).

Os cuidados de saúde primários por serem normalmente o primeiro contacto dos doentes com o sistema de saúde devem gerenciar os principais sintomas, identificando também os doentes que necessitam de serviços de cuidados paliativos especializados. Um dos objetivos da RNCP é aumentar a formação pré e pós-graduada em CP. Os médicos devem receber mais formação na gestão de sintomas durante o processo de morte, devendo assim ser estabelecidos regimes proactivos para prevenção de sintomas pois geralmente é mais fácil a prevenção de sintomas do que o tratamento de forma aguda. (ALBERT, Hartford, Connecticut) As vias de administração devem ser adaptadas à função do

doente. Os opioides não devem ser usados unicamente na gestão da dor, mas também no controlo da dispneia. (ALBERT, Hartford, Connecticut). O delírio e agitação pode ter causas reversíveis e, por isso, tratáveis previamente se introdução de medicação dirigida. A obstipação inerente ao uso de opioides ou redução da via oral deve ser prevenida pela introdução precoce de laxantes.

A aprovação recente do estatuto de cuidador informal é prova da mudança de paradigma na sociedade portuguesa, relativa aos cuidados prestados no fim de vida. Este acontecimento marca uma mudança de paradigma, pretendendo introduzir um subsídio de apoio aos cuidadores e promoção do descanso dos mesmos, além de medidas específicas relativamente à sua carreira contributiva.

#### Bibliografia:

Manuel Luís Capelas, P., & Rita Cunha Ferreira, M. S. (n.d.). Congruência entre local desejado de óbito e local de ocorrência. Observatório Português dos Cuidados Paliativos.

Michael Bennett, E. E. (2018). Standards for the management of cancer-related pain across Europe. A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain.

Organization, W. H., & 2018. (2018). Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016.

Tiago Beato, P. R. (2016). A dor em cuidados continuados – o caso dos utentes institucionalizados com necessidades paliativas.

Tsuneto, S. (2012). Past, present, and future of palliative care in Japan.



# PRÉMIO Bial



DE MEDICINA CLÍNICA 2022

Regulamento e Formulário de Candidatura:  
[www.fundacaobial.com](http://www.fundacaobial.com)

Prazo de Candidaturas:  
31 de agosto de 2022

**Prémio BIAL de Medicina Clínica 2022 - €100.000 + Publicação primeira edição**

**Menções Honrosas (máximo duas) - €10.000**

Visa galardoar uma obra intelectual, original, de índole médica, com tema livre e dirigida à prática clínica, que represente um trabalho com resultados de grande qualidade e relevância. Não são elegíveis trabalhos publicados sob a forma de artigos, livros ou teses. Pelo menos um dos autores tem de ser médico nacional de um país de expressão oficial portuguesa.

**Presidente do Júri - Manuel Sobrinho Simões**

COM O ALTO PATROCÍNIO  
DE SUA EXCELENCIA



O Presidente da República

U  
CRUP  
CONSELHO DE  
RETORES DAS  
UNIVERSIDADES  
PORTUGUESAS



F U N D A Ç Ã O

Bial

Instituição de utilidade pública  
Institution of public utility

### SARA DANIELA PEIXOTO

Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF São Neutel



# Um médico de proximidade inacessível

Médico de proximidade: uma das características atribuíveis ao médico de família. A evolução tecnológica e do sistema de saúde empurra sucessivamente mais tarefas para o médico de família pois, no fundo, é o único contacto garantido do utente com o SNS. Já não bastava a velha batalha dos atestados para os mais diversos efeitos, as incapacidades temporárias, os relatórios para creches, faculdades e lares de idosos (desde que nascem, até que partem), a pandemia veio destabilizar ainda mais o prato da balança.

Como querem que o médico de família seja o médico de proximidade se é impossível responder a todos os pedidos dos nossos utentes. Com a contínua epopeia de listas de utentes crescentes, o que podemos dizer àquele nosso utente que, através de uma das dezenas de consultas telefónicas realizadas diariamente, pede uma consulta de reavaliação da sua patologia crónica pois teve alguma intercorrência e ao olhar para a agenda vemos um cenário negro, completamente cheio, já com várias consultas extra-horário.

Quando conseguimos ter tempo para ser próximo do nosso utente e mostrar disponibilidade para um aconselhamento médico, para lhe esclarecer uma simples dúvida que ele tenha quanto à sua doença ou quanto ao tratamento?

Quando vamos ser próximos daquele utente que “não tem nada” e, portanto, não precisa de ir ao médico por motivo nenhum? Vamos continuar a dispensar a prevenção da patologia porque simplesmente não temos oportunidade de comprovar que estamos disponíveis para os consultar. Vamos continuar a refugiarmo-nos em “você não é prioritário, volte daqui a uns meses” ou em “tem alguma queixa, dirija-se a consulta aberta; caso contrário, não tenho vaga”.

Qual o critério ético de escolher responder a um pedido em detrimento de outro? Por um utente parece mais sofredor que outro? Por ter maior fragilidade? Por menor capacidade para se infiltrar nos cuidados de saúde? E quando nós, médicos, olhamos para eles, será que os conseguimos perceber bem? Compreender a real dimensão do seu pedido?

Ao longo do tempo o médico de família tende a ser cada vez mais parametrizado, auditado, “encaixotado” e limitado em tudo o que pretende fazer pelas centenas de utentes que conhece há décadas e com quem simpatiza e empatiza apesar de estar no seu próprio limite pessoal.

Querem chamar-lhe médico de família, mas querem afastá-lo dos seus utentes. Exigem consultas de intersubstituição, observação de utentes de outros médicos, quando um dos princípios das unidades de saúde familiares é oferecer ao utente uma equipa de família que o aproxime dos cuidados de saúde.

As centenas de burocracias, as inseguranças no atendimento, as sucessivas recusas aos pedidos de consulta, o tempo parametrizado ao minuto e indisponibilidade para humanizar a prática que nos é imposta são todos motivos que levam o cidadão comum a recorrer cada vez mais ao serviço de urgência ou aos serviços privados de saúde porque o médico de família está a muito longo alcance, quase inacessível.

Perde-se o médico DE família, o médico DA família e da comunidade. Perde-se o utente. Perde-se o SNS. Perde-se a esperança na melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários como tanto se espera. Perde-se uma médica interna, como eu, que não percebe como é possível desperdiçar tanta aptidão clínica e capacidade humana disponível para tornar o sistema de saúde mais próximo de todos os cidadãos.



**PAULO SÁ ALMEIDA**

Interno de Medicina Geral e Familiar - USF Norton de Matos



## O segundo Natal do SARS-CoV-2



Chegamos novamente ao mês de Dezembro, e as festas de natal, ameaçam de novo complicar o rumo desta pandemia. Devemos ter em conta, que o natal não se constitui apenas pelo jantar no dia 24, e pelo almoço de dia 25, mas sim pelos numerosos contactos que vamos tendo ao longo destas semanas. Contactos com pessoas que conhecemos bem, como os amigos, os colegas de trabalho nos jantares da empresa, mas também, contactos com aqueles que não conhecemos de parte alguma, quer seja nas cerimónias religiosas, nos grandes centros comerciais, ou em qualquer outro tipo de eventos. Estes contactos, que tanto adiamos ao longo de todos estes meses, são o combustível perfeito para a transmissão do SARS-Cov2, de que todos já estamos fartos.

Depois de uma campanha de vacinação quase perfeita, Portugal encontra-se entre os países da Europa com maior percentagem de pessoas com vacinação completa, o que nos permite apresentar um menor número de hospitalizações, pessoas em cuidados intensivos, e óbitos, do que na segunda onda, que foi avassaladora, e que se deu no período homólogo do ano passado. No entanto, a campanha de doses de reforço, parece avançar de forma muito lenta, o que é de lamentar. Temos de acelerar as terceiras doses, sobretudo nas pessoas com mais de 60 anos, já que é neste grupo em

que se dão por norma a maioria dos casos graves, e são estes os que queremos evitar a todo custo. Pois, esta quinta onda está a ser surpreendente, e conta já com mais casos activos do que a quarta onda, e continua a crescer, com o número de óbitos a acompanhar também esta subida, tal como na segunda onda.

Ainda que não seja consensual, a vacinação dos menores de 12 anos, apresenta uma enorme importância neste actual contexto pandémico. Embora seja pouco frequente a apresentação de formas graves nestas idades, estas crianças podem contrair a infeção, e transmitir-lá a outras pessoas. Portanto, se queremos interromper a transmissão, e atingir a imunidade de grupo, as crianças têm inevitavelmente de ser incluídas nesta equação da campanha de vacinação.

Por outro lado, torna-se imprescindível o reforço e aposta nos cuidados de saúde primários, que são no actual momento, quem carrega grande parte do peso desta pandemia, quer seja pelo seguimento de casos positivos, pela emissão de certificados de incapacidade temporária, pedidos de teste PCR, mas também por toda a patologia infecciosa respiratória não covid, ou descompensação de patologias crónicas, que ficaram para trás devido à pandemia.

Não há interiores seguros, e devemos ao máximo evitar contactos, reforçar a importância do teletrabalho, usar máscaras sempre que possível, desinfetar as mãos várias vezes, ventilar os espaços fechados, e manter a distância de segurança sempre que não seja possível evitar estes espaços.

Toda a gente quer reunir-se com os seus entes queridos, e de uma vez por todas recuperar aquilo a que chamamos de normalidade, mas não tropeçamos uma vez mais, na mesma pedra, e vamos tentar que neste Natal, as perdas sejam menores do que no Natal passado.

### ANTÓNIO GENTIL MARTINS

Médico e antigo bastonário da Ordem dos Médicos



## Carta Aberta sobre o Sistema de Saúde

Elísio de Moura, o primeiro bastonário da Ordem dos Médicos, no seu Relatório de final de mandato, em 1941, sugeria a criação de um Serviço Nacional de Saúde. Em 1961 na Câmara Corporativa Mello e Castro propunha igualmente a criação de um SNS. Posteriormente em 1971 Gonçalves Ferreira criava os Centros de Saúde e no Estatuto de Ordem dos Médicos de 1977 defendia-se também um Serviço Nacional de Saúde ao qual Arnaut, como Ministro, colocou o carimbo aos trabalhos do médico (seu Secretário de Estado), Mário Mendes.

Em 1965 Miller Guerra dinamizava as Carreiras Médicas, consagrando nesse trabalho o aperfeiçoamento profissional, o pagamento fixo mas associado a uma remuneração variável, de harmonia com a qualidade e quantidade do esforço dedicado à profissão, tendo por base o pagamento por Acto Médico e a prática da Medicina Livre, com liberdade de escolha (pág. 188) como a forma mais humana da prática clínica (pág. 105). O vencimento mensal fixo é a burocratização da medicina (pág. 2). O valor da assistência está no valor dos Médicos que tiver ao seu serviço (pág. 18). Por isso, se a Ordem existe para defender os Doentes, não pode também deixar de defender os Médicos.

Sempre defendemos um SNS com o inalienável direito à liberdade de escolha dos Médicos e das Instituições, com base num Seguro Nacional de Saúde obrigatório, no qual a Clínica geral será a base do Sistema e sem esquecer o papel indispensável do trabalho da Saúde Pública. Defendemos um Sistema de Saúde, não como monopólio do Estado, como sugerido pelo generoso Ministro António Arnaut,

totalmente irrealista e irresponsável (ao propor um Serviço de Saúde gratuito e afirmando que era ao Ministro das Finanças que competia fazer contas) como se demonstrou ao ser necessário alterar a Constituição da República. Arnaut afirmava ser o SNS um grito de liberdade. Mas foi uma Ministra socialista, Ana Jorge, em 2010, a declarar que o actual modelo era bom mas não permitia liberdade de escolha (liberdade de escolha que trás confiança e responsabilidade...!).

Defendemos sim um Sistema tratando equilibradamente os Serviços do Estado, da área Social e da área Privada. A pandemia veio demonstrar que todos não somos demais para defender a Saúde, todos com suas virtudes e defeitos. A medicina não tem de ser gratuita como o não são outras necessidades básicas como a alimentação, a habitação, etc. O Sistema Convencionado exige consensos e planeamento a médio e longo prazo, não podendo alterar-se a cada mudança de Governo.

Actualmente confrontam-se 3 grandes modelos de exercício profissional médico: a clínica livre privada, direito inalienável de qualquer cidadão mas com o grave inconveniente de ser apenas acessível a quem possua maior capacidade económica, a medicina do Estado, com profissionais funcionário públicos (com remuneração independente da qualidade e do trabalho realizado (e com limitada capacidade de escolha), e a medicina convencionada na qual se paga quando se está saudável para ter direitos quando se está doente e fragilizado. Esta última forma procura associar os méritos dos outros dois sistemas e eliminar os respectivos convenientes. Será uma universalidade e

melhoria desta forma de agir que deverá ser a base do futuro sistema de Saúde em Portugal. Aliás a pandemia veio confirmar que todos (público, social e privado) não somos demais e devemos trabalhar em conjunto, procurando prever e estar preparados para o futuro.


O Presidente da República recordou que o SNS é uma das principais conquistas do 25 de Abril e uma peça chave para o desenvolvimento humano e para a justiça social mas não esquecendo o agradecimento aos profissionais de Saúde, de facto os grandes obreiros dessa mesma Saúde. O nosso bastonário igualmente comemorou a data dos 41 anos, frisando que chegou a hora de transformar num plano de acção todas as boas ideias e projectos que vêm sendo apresentados e propostos ao longo de muitos anos.

Quando será que os políticos compreendem que a saúde deve ultrapassar as opções partidárias, de esquerda ou de direita, mas preocupar-se fundamentalmente em conseguir o melhor modelo para Portugal, que é, segundo nós, o convencional. É necessária, e mesmo indispensável, a vontade política para mudar. Também não podemos esquecer o artigo 25º da Declaração dos Direitos do Homem, de 1948. É verdade que a cobertura nacional na saúde melhorou mas certamente menos do que poderia e deveria. Mas é pena que, ao dar como indicador dessa melhoria a quebra da mortalidade infantil, se esqueçam de mostrar a evolução da curva desde o tempo da 1ª república e até ela

estabilizar, e revelando assim, honestamente, não só os bons resultados actuais mas também os importantes progressos anteriores ao 25 de Abril de 1974.

#### Notas finais:

O autor enviou esta carta aberta aos Partidos com assento na A.R.. Até ao momento desta publicação nenhum partido sequer acusou a receção da carta. As páginas que o autor refere ao longo do texto são da edição do "Relatório das Carreiras Médicas" em que é relator Miller Guerra, edição composta e impressa na Gráfica Santelmo, Lda. na década de 60 do século XX.



**INFORMAÇÃO**

**Ordem dos Médicos**  
Conselho Nacional

Delegação de competências

O Conselho Nacional delega nos seus membros Dr.ª Lurdes Gandra, Dr. Marques Neves e Dr.ª Filipa Lança a funcionar em Conselho de Secretários, órgão adjunto do Conselho Nacional, as competências constantes dos n.ºs 2 e 5 do artigo 125.º do Estatuto da Ordem dos Médicos, na versão aprovada pela Lei n.º 117/2015, de 31 de agosto, para a prática dos seguintes atos:

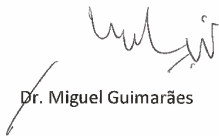
- designar os júris nacionais, sob proposta dos respetivos Colégios de Especialidades;
- homologar os pareceres emitidos pelos júris nacionais no âmbito do procedimento de inscrição de médicos nos Colégios de Especialidades.

O Conselho de Secretários dará a conhecer ao Conselho Nacional as deliberações que aprovar, sem prejuízo de, sempre que o considere necessário ou conveniente, trazer os assuntos a Conselho Nacional para que seja este o órgão a deliberar.

A presente deliberação é feita ao abrigo do disposto no artigo 44.º, n.º 3 do Código do Procedimento Administrativo, e vigorará até ao final mandato do Conselho Nacional em exercício.

Lisboa, 18 de outubro de 2021

O Bastonário e Presidente do Conselho Nacional

  
 Dr. Miguel Guimarães

## FÁTIMA MONTEZINHO

Médica radioncologista



### Aneurisma – Tratamento possível? Terrível e atordoante se não fatal... Tratamento - Penso ser exequível na era atual...

Aneurisma que destrói a vida  
Quanto tempo viva mais  
É ela que lhe dá guarida  
Quanto tempo viveres vais?

Ao velho esperar resta?  
E ao novo que vida, então?  
Rebente a esfera na aresta  
Desfaz-se em sangue, em explosão...

Soluções que caminhar  
As há, penso eu sozinha  
Nortear partícula a viajar  
Que até ao alvo caminha

Repara, repara bem  
No sangue flui uma aranha  
No vaso onde está além  
O aneurisma apanha

Material que pode ser cola  
Em partículas ainda nada é  
Pois esse material isola  
A parede com toda a fé

Um a outro se irão juntar  
À vez são instiladas  
As partículas a nortear  
Para lá ficarem coladas

Como, dizes-me então...  
Faz chegar lá com a mão  
Arrastando quais *drones* são  
Chegados até lá, então

Primeiro a matéria prima  
Que deposita no vaso  
Seguidamente a sua prima  
Que com ela coalesce sem acaso

Deposita guiada pela mão  
Até que vendo em ecrã  
Atinja o alvo e lá estão  
Partículas de mente sã

Como guiar em meu corpo  
Fácil aranha minha  
Exemplo de metal no copo  
Que com mero íman se anima

No corpo basta seguir  
As partículas até ao alvo  
E vê-las colar sem omitir  
No processo que estás a salvo

Outra hipótese é ainda  
A pequena articulada aranha  
No sangue será bem-vinda  
Até alcançar sem manha

O local do aneurisma amaldiçoado  
Pequeno guarda-chuva articulado  
Gentilmente opera a lesão  
Como tratando-se de uma mão

Até lá chegou ele desfeito  
À vez foram chegando seus dedos  
Unidos então para o efeito  
Onde arte fazem sem medos

A seguir cola é bem-vinda  
Veja-se a história, então  
Não terminei ainda  
De cantar minha canção

A aranha tem vários braços  
Em sua composição  
Aproximem-se entre laços  
Pois não chove mais então

Se o material for biodegradável  
Injeta-se produto então  
Que com anticorpo agradável  
Anulará esta mão

Em lugar da célula de defesa  
Atinge a aranha com o depósito  
Que o anticorpo conserva  
E traz consigo de propósito

Logo se desfaz a aranha  
Ou simplesmente já passa  
O guarda chuva na manha  
Encolhida a sua asa

Isto tudo com informática  
E sistemas a rigor  
É ver a catedrática  
Fazer valer, com valor

*Poema escrito na Aveleira no dia 2  
de junho de 2021.*





## SRCOM dedica semana à defesa dos Direitos Humanos

**Associando-se ao Dia Internacional dos Direitos Humanos que se assinala este mês, a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) levou a cabo, de 6 a 10 de dezembro, várias iniciativas no sentido de chamar a atenção para os valores básicos a defender no atual contexto pandémico que tem provocado grandes desafios sociais, económicos, éticos e jurídicos, sendo o Direito à Saúde um dos mais visados.**

TEXTO E FOTOS: **PAULA CARMO**

Conhecer as respostas que estão a ser dadas, no terreno, por várias instituições de intervenção social e humanitária foi um dos objetivos da iniciativa que teve como lema "A Medicina e os Direitos Humanos", a qual culminou com o debate dedicado a esta temática, onde houve participação de representantes da comunidade médica que se tem dedicado, entre outras, às respostas em emergência e catástrofe.

A visita à Fundação ADFP - Assistência, Desenvolvimento e Formação Profissional, em Miranda do Corvo, marcou o início do programa da SRCOM iniciou o programa desta semana no sentido de conhecer com detalhe o Projeto de Acolhimento a Refugiados. "Dedicamos uma semana aos Direitos Humanos, conhecendo, no terreno, as respostas de instituições de intervenção social e humanitária. Temos de trabalhar, todos, numa sociedade global, de forma solidária, respeitando os valores da entreatajuda, olhando para o valor de cada pessoa. Foi muito importante perceber – e destacamos – o facto do SNS ajudar, também, ao acolhimento aos refugiados, designadamente nos programas de vacinação", disse o presidente da SRCOM, apontando o 73º aniversário da Proclamação da Carta dos Direitos do Homem como um instrumento crucial também na defesa do direito à saúde.

"A ADFP contribuiu decisivamente para o acolhimento de refugiados desde 2014", justificando dessa forma o motivo desta visita a Miranda do Corvo. Carlos Cortes assinalou também uma das conquistas mais importantes em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde, referindo em termos globais que "a saúde está muito ligada à liberdade" e que "para termos liberdade, temos (também) de ter saúde".

Jaime Ramos, Presidente da Fundação ADFP, e Dalila Salvador (Fundação ADFP/ Centro de Acolhimento para Refugiados e Sem-Abrigo) explicaram à comitiva da Ordem dos Médicos (Carlos Cortes e Marta Vale Matos) todas as circunstâncias de acolhimento, explicando que cada caso e cada família são casos específicos. "Quando recebemos pessoas individuais, temos de partir do princípio de que somos um 'porto de passagem' porque essas pessoas não têm aqui uma rede de amigos ou familiares. Quando chegam com as famílias é mais fácil a integração", afirmou Jaime Ramos. Por seu turno, Dalila Salvador explicou: "Quando chegam as famílias, a integração dos filhos é uma parte muito importante. Em Miranda do Corvo, atualmente, temos quatro famílias. O último grupo que recebemos é do Afeganistão, duas jogadoras de futebol. Por exemplo, as crianças, passados quinze dias já sabem palavras em português". No final desta visita, Marta Matos - médica interna de Medicina Geral e Familiar atualmente no Centro de Saúde-escola Norton de Matos e membro da SRCOM - destacou o trabalho efetuado pela Fundação ADFP: "Foi muito interessante ouvir e perceber o enquadramento no acolhimento aos refugiados na nossa sociedade, bem como a adaptação cultural e social dos migrantes acolhidos em Portugal através da ADFP".

### Resposta a vítimas de traumas na agenda

A 9 de dezembro, de manhã, a comitiva da Ordem (Carlos Cortes, Marta Matos e João Pestana) visitou o Centro de Prevenção e Tratamento do Trauma Psicológico (CPTTP) e reuniu com a Direção do Centro de

Responsabilidade Integrado de Psiquiatria, no Hospital Sobral Cid onde é efetuada a resposta a eventos traumáticos. Após reunião com o Professor Horácio Firmino e o médico psiquiatra João Redondo e restante equipa do CPTTP, a visita ao pavilhão 4 do Sobral Cid foi uma oportunidade para conhecer todas as valências da resposta a vítimas de eventos traumáticos (violência doméstica, bullying, stress, tentativa de suicídio, assédio moral, exploração sexual, entre outros).

Trata-se da "única resposta existente deste género no país", realçou o presidente da SRCOM, "que necessita de mais profissionais de saúde". De acordo com dados obtidos por Carlos Cortes, este centro já atendeu mais de duas mil pessoas desde 2004 (data da criação), a maioria entre os 40 e 60 anos e do sexo feminino. Aliás, quando fez a apresentação global da resposta em Psiquiatria em Coimbra, o Professor Horácio Firmino não deixou de apontar que esta especialidade já teve 80 médicos especialistas em Psiquiatria e este ano são 42, o que se tem tornado um enorme desafio face à diversidade de respostas, desde a avaliação e o acompanhamento em consulta, ao internamento, à resposta na comunidade.

À tarde, a Ordem dos Médicos foi conhecer todos os projetos da Organização Não Governamental para o Desenvolvimento (ONGD) 'Saúde em Português', destacando o trabalho que esta organização tem desenvolvido e o notável contributo para a sociedade que, entre outras valências, tem a seu cargo o Centro de Acolhimento e Proteção para Vítimas de Tráfico de Seres Humanos do Sexo Masculino (um dos 5 centros existentes no país como resposta às vítimas de tráfico humano). Esta ONGD, com sede em Coimbra,





é atualmente presidida pelo médico de família Henrique Correia que explicou nesta visita da Ordem dos Médicos a história e a atividade da Saúde em Português, realçando a também a atividade e o dinamismo do núcleo existente em Viseu, criado em 2016. A atual coordenadora do projeto "Mercadoria Humana 4", também presente nesta reunião, enquadrou os projetos em curso mais vocacionados para a sensibilização sobre o tráfico de seres humanos.

"É de realçar o trabalho de quem presta apoio a quem mais precisa, quer em termos de assistência humanitária, em ajuda de emergência e auxílio a grupos de risco e a pessoas vulneráveis. Este é o verdadeiro exercício de promoção e defesa dos direitos humanos", assumiu o presidente da SRCOM, no final da visita em que ficou a conhecer, em detalhe, todos os projetos em curso e em preparação pela "Saúde em Português".



Já a 10 de dezembro, data em que se assinala o Dia Internacional dos Direitos Humanos, Carlos Cortes enalteceu a rede de apoio criada pela Saúde em Português, designadamente por ajudar a promover e aplicar cuidados de saúde a pessoas vulneráveis e em risco. De acordo com o vice-presidente desta ONGD, o médico Humberto Vitorino, a "Saúde em Português

regressará brevemente com projetos na área da saúde em Angola e Guiné-Bissau, tema que abordou no debate realizado ao fim do dia.

Atualmente, em Portugal, um dos projetos em curso de sensibilização em tráfico de seres humanos, intitulado "Mercadoria Humana 4", terá um enfoque especial já no início do próximo ano com uma campanha de sensibilização sobre tráfico de seres humanos no futebol. Recorde-se que, de acordo com o Relatório Anual de Segurança Interna 2020 (RASI 2020), foram sinalizadas em Portugal 229 presumíveis vítimas de tráfico de pessoas, 155 das quais para exploração laboral. Ainda de acordo com o RASI 2020, das 229 presumíveis vítimas, 29 eram menores de 18 anos. Trata-se de um crime transnacional, podendo existir tráfico interno. Aliás, tal como afirmou Humberto Vitorino, já foram sinalizados casos no universo do futebol nacional.

"A Ordem dos Médicos contribuirá para a defesa dos direitos de grupos de risco, sejam mulheres, crianças, jovens ou idosos. Neste intercâmbio institucional, estaremos, também nós, a contribuir pelo direito à Saúde de todos, uma das condições basilares dos Direitos Humanos", concluiu Carlos Cortes, no final das visitas efetuadas durante esta semana.

### **"Medicina e Direitos Humanos: Que realidade? Que futuro?" em debate**

Subordinada ao tema "*Medicina e Direitos Humanos: Que realidade? Que futuro?*", decorreu a 10 de dezembro a sessão que culminou o programa desta semana, no âmbito da qual um dos temas abordados se prende com a desigualdade a nível mundial no acesso às vacinas COVID-19.

O debate decorreu numa sessão transmitida em direto nas plataformas digitais (Facebook e Zoom) estando a maioria dos oradores na Sala Miguel Torga da SRCOM. Morris Tidball-Binz, Médico e Professor de Medicina Forense, Relator Especial das Nações Unidas para as Execuções Judiciais e Extra-Judiciais. A mensagem inicial desta sessão coube precisamente a Morris Tidball-Binz que é membro do Centro Universitário de Coimbra para as Ciências Forenses, Humanitárias e Direitos Humanos. Numa mensagem gravada em português, assumiu que "hoje, mais do que nunca, a Declaração Universal, especialmente do preâmbulo no artigo primeiro – '*Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da*





*família humana e dos seus direitos iguais inalienáveis, constitui o fundamento da Liberdade e da Justiça e da Paz no mundo' – nos interpela num mundo cada vez mais polarizado". Para Morris Tidball-Binz – também membro do Centro Universitário de Coimbra para as Ciências Forenses, Humanitárias e Direitos Humanos – a Declaração deverá ser relida "por todos os seres humanos, e particularmente pela comunidade médica, uma vez que nós estamos numa posição privilegiada para contribuir para uma sinergia entre as ciências da saúde e os direitos humanos".*

Ao intervir em seguida, Carlos Cortes agradeceu e destacou desde logo o trabalho da comissão organizadora desta semana temática. E ao ler parte do artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (*"Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar a si e à sua família a saúde e o bem-estar..."*), o presidente da SRCOM assumiu que este normativo tem subjacente uma forte ligação entre a Liberdade e o Direito à Saúde, sendo que, na SRCOM, se coloca em prática de forma institucional o apoio a quem precisa, quer através do Gabinete de Apoio ao Doente e do Gabinete de Apoio ao Médico, ambos com intervenções muito ativas. Num ano especialmente complexo, lembrou ainda fragilidade no acesso às vacinas contra a COVID-19 nos países mais desfavorecidos. "Quando temos instrumentos para tratar e salvar vidas não podemos ficar somente nós, os países mais desenvolvidos no mundo, temos de saber partilhar e ser solidários", alertou.

Em seguida, e por estar em viagem da Argentina para Portugal, o Professor Duarte Nuno Vieira, enviou também uma mensagem gravada. Para o Presidente do Observatório para os Direitos Humanos dos Países de Língua Oficial Portuguesa e Presidente da Academia Nacional de Medicina de Portugal, esta Carta de

Direitos Humanos veio "definir de uma forma mais clara quais são os direitos" fundamentais, acrescentando que "surgiu como um alerta da consciência humana" e que "se inscreve nos fundamentos da criação das Nações Unidas, na luta pela Paz". O Professor Catedrático de Medicina da Universidade de Coimbra e atual Presidente do Conselho Científico Consultivo do Tribunal Penal Internacional destacou ainda "os direitos universais, inalienáveis, indivisíveis" porque, destacou, "todos os direitos são essenciais". Lembrou ainda que "os Estados têm a obrigação e o dever, de acordo com a lei internacional, de tomar medidas para proteger os direitos humanos", mas, paradoxalmente, "em muitos países do mundo, os direitos humanos continuam a ser sonho", lembrando o papel fundamental da classe médica na promoção dos direitos humanos.

Na intervenção seguinte, Francisco George, médico especialista em Saúde Pública, chamou a atenção "para a necessidade de satisfazermos as respostas à pobreza, às desigualdades e às principais questões que têm influência direta e indireta na saúde". Para o antigo funcionário da OMS (1980-1991), Diretor-Geral da Saúde (até 2017) e Presidente da Cruz Vermelha Portuguesa (2017-2021), o mundo tem atravessado permanente confronto belicista e bastaria que todos os países industrializados se juntassem para ajudar os países mais pobres. Deu como exemplo o problema da SIDA em África, nos anos 80 do século passado, que parece não ter servido de lição. "A cooperação técnica para o desenvolvimento não favorece a proteção das populações daqueles países e só quando surgem ameaças, em função da mobilidade por via aérea, é que são tomadas medidas", disse. Francisco George recordou ainda o seu trabalho em África, na Ásia, na China, na Índia, afirmando ter autoridade para dizer que "a epidemia de Ébola poderia não ter acontecido se a região onde tudo se iniciou não fosse tão pobre".

### Ação humanitária

Neste debate foi especialmente marcante o testemunho do major médico dos quadros permanentes do Exército e também diretor Regional do Norte do INEM. António Gandra d'Almeida, que é especialista em Cirurgia Geral, com as Competências em Emergência e Medicina Militar da Ordem dos Médicos, destacou a importância desta data, lembrando que "muitas vezes no que temos de garantido, em termos de saúde e educação, às vezes existem carências muito expressivas bem perto de nós". António Gandra d'Almeida, que é também Membro do Subcomité de *Fundamentals Disaster Management* da Sociedade Americana de Cuidados Intensivos, lembrou uma missão realizada em Moçambique, depois do ciclone Idai na região da Beira. "Foi possível instalar um serviço de saúde melhor e o Exército português ajudou a implementar um programa de vacinação", sublinhou.

A seu ver, "só se atuarmos todos juntos, com fraternidade, é que poderemos atuar", sendo que "muito do caminho é a educação e a formação para garantirmos os direitos fundamentais" e que "por isso é importante deixar capacidade para a autodeterminação, a capacidade de escolha". De Moçambique, recorda: "Trouxe na bagagem resiliência e o exemplo de um povo que sobrevive com o pouco que tem e a importância naquilo que todos dizemos, mas que nem sempre fazemos, isto é: ensinar a pescar e não dar o peixe".

Algo que, aliás, se poderá também dizer em relação ao trabalho desenvolvido no distrito de Coimbra pela Fundação ADFP. O presidente desta instituição

de solidariedade social, Jaime Ramos, elencou todos os projetos que têm contribuído para a formação e apoio a pessoas vulneráveis e com necessidades especiais, de sem-abrigo e de idosos, de vítimas de maus tratos e de refugiados, entre outros. "Sabemos pela experiência no mundo que sempre que há uma preferência absoluta pela igualdade, tal é transformado numa utopia religiosa, e acabamos por gerar no mundo regimes totalitários, ditatoriais e extremamente agressivos", lembrou. "Perante esta divergência de uma igualdade e de uma liberdade, que têm tendência de serem assumidas de forma radicalizada e oposta, é absolutamente necessário invocarmos o espírito de fraternidade numa lógica de que pessoas com consciência e com razão a devem invocar", acrescentou Jaime Ramos.

Apostando na formação profissional de pessoas com doença mental e deficiência, integrando e incluindo no seu quadro de trabalhadores essas pessoas, o presidente da Fundação ADFP dá conta da sustentabilidade económica da instituição, com projetos que vão desde a agricultura até ao turismo. "Somos das organizações mais ecléticas: apoiamos refugiados, sem-abrigo, crianças e jovens de famílias disfuncionais, deficientes e doença mental, entre outros. Temos uma lógica de promover valores civilizacionais. Usamos palavras com simbolismo: o nosso equipamento para responder às pessoas sem-abrigo é a Casa da Dignidade, os refugiados estão na Residência Paz, quando acolhemos crianças e jovens eles vão para a Residência Fraternidade, o lar de idosos é a Residência Sabedoria...", lembrou.

"Temos de criar condições para que as pessoas tenham autonomia, e nós médicos temos de ser portadores de ideais nobres e dar saúde e liberdade aos mais necessitados e mais frágeis. A defesa dos direitos do Homem não se faz apenas neste dia 10" – Carlos Cortes, presidente da SRCOM

## Informação REGIÃO CENTRO

Outro dos intervenientes, Hernâni Caniço, que por motivos de força maior não esteve nesta sessão, enviou um texto do qual se leram alguns excertos. Para o médico de família e fundador da ONGD “Saúde em Português”, lembrando as suas 43 missões de serviço, de avaliação e intervenção em África, Ásia e América Latina, especificou que “não há dignidade quando se vive em condições precárias, sub-humanas, sem acesso a água potável, a eletricidade, a habitação adequada ao clima,...”. E questionou: “E o mundo cruel? As baixas taxas de vacinação anti-COVID nos países pobres são elucidativas. Só 7,5% das pessoas que vivem em África têm duas doses”.

Por seu turno, Humberto Vitorino, fundador e atual Vice-presidente da “Saúde em Português”, recordou o trabalho desta ONGD fundada há 28 anos. “Quem nasce no Burkina Faso, na Guiné-Bissau ou em Angola não tem os mesmos direitos dos cidadãos de outro país e isso é completamente desumano. Na Saúde em Português procuramos, à nossa medida, na ajuda

humanitária e na ajuda para o desenvolvimento, dar um contributo para minimizar as desigualdades”. E, secundando as palavras do colega major médico sobre a proximidade dos problemas, Humberto Vitorino chamou a atenção para os gravíssimos problemas em Portugal associados ao tráfico humano. “Quem priva com essas vítimas nunca mais esquecerá o que é a miséria humana, o que um ser humano é capaz de fazer a outro ser humano”.

Em jeito de conclusão, referindo-se ao que viu e ouviu ao longo desta semana – na ADFP, no Sobral Cid, e na “Saúde em Português” –, Carlos Cortes afirmou: “Fiquei muito impressionado e muito tocado, apesar dos relatos indiretos das histórias”. E deixou duas mensagens finais: “Temos de criar condições para que as pessoas tenham autonomia, e nós médicos temos de ser portadores de ideais nobres e dar saúde e liberdade aos mais necessitados e mais frágeis. A defesa dos direitos do Homem não se faz apenas neste dia 10”.







Alexandre Valentim Lourenço e Daniel Travancinha reuniram-se com os médicos do Hospital Garcia de Orta

# Profissionais do Hospital Garcia de Orta exauridos

**O presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos advertiu que o Hospital Garcia de Orta tem as "urgências atoladas de doentes" e que os profissionais de saúde estavam "exauridos". Foi no final de uma reunião com os médicos, que decorreu na unidade hospitalar de Almada, no dia 7 de dezembro.**

Alexandre Valentim Lourenço, que, com Daniel Travancinha (presidente do Conselho Sub-regional de Setúbal), falou aos jornalistas no exterior do hospital, disse, no final da reunião e da visita aos serviços que fez a seguir, ter-se deparado "com um hospital de profissionais exauridos e urgências atoladas de doentes em que a covid-19 não é neste momento o mais importante problema". Segundo o dirigente, o mais importante neste momento é preservar a capacidade do hospital nos cuidados intensivos, na medicina interna e na psiquiatria para os doentes que têm estas doenças e que chegam a esta unidade hospitalar "piores do que a maior parte dos doentes covid".

A reunião para ouvir os médicos do HGO decorreu numa fase em que a situação nesta unidade hospitalar se vinha agravando de novo, como tem acontecido nos últimos anos e teve a presença do diretor do serviço de Medicina Intensiva, Antero Fernandes, que representou também o Conselho de Administração.

Alexandre Valentim Lourenço, falou aos seus colegas, reconhecendo a situação específica que vivem: "Este é um hospital que teve sempre muitas contingências e tem um posicionamento na Região

Metropolitana de Lisboa que é muito especial. É um hospital que nós consideramos tampão da Região Sul e não é demérito dizer que é um hospital tampão. É um hospital que foi construído, edificado, preparado para ser um hospital de nível 3 de toda a Região Sul. E quando foi preparado, há uns anos atrás, foi criado com esse propósito".

Contudo, a pressão do aumento da população residente e da escassez de profissionais tem deixado marcas. "Nos últimos anos tem perdido alguma dessa importância estrutural, fruto das dificuldades do sistema, não é fruto de iniciativa própria porque este hospital tem de ser encarado como o Hospital de S. Francisco Xavier, ou como o Hospital de Santa Maria, ou seja, como um hospital central, porque tem de responder a 300 ou 400 mil habitantes aqui, como unidade de referência da área, e transferir apenas as situações que correspondam a excesso de ocupação e não por incapacidade técnica", disse.

O presidente do Conselho Regional do Sul recordou que nos últimos anos tem visitado o HGO pelas mais variadas razões, designadamente, "falta de anestesistas, por causa dos blocos operatórios e, mais recentemente, na altura mais grave da pandemia, para ver como o hospital reagiu", verificando-se que deu boa resposta.

Alexandre Valentim Lourenço recordou que "um dos problemas na maior parte dos hospitais é a duplicação de escalas e de equipas", o que significa "os recursos humanos não abundam", exigindo "partir as equipas em duas escalas, uma para um circuito e outra para outro circuito". Esta circunstância "torna tudo mais difícil, mesmo que seja baixo o afluxo de doentes covid, pois as pessoas estão separadas, o que conduz a constrangimentos.



# Médicos do Hospital de Santarém sofrem com a falta de meios

**O Hospital de Santarém enfrenta também os problemas conhecidos da falta de especialistas, já resolveu a questão do bloco operatório, que demorou a estar pronto, mas debate-se agora também com a pressão na urgência e um afluxo forte de doentes não covid. O presidente do Conselho Regional do Sul reuniu-se com os médicos, no dia 10 de dezembro, e saiu da reunião confirmando que “faltam instrumentos financeiros” e os “problemas recaem sobre os médicos”.**

Acompanhado pela presidente do Conselho Sub-regional do Ribatejo, Paula Pinheiro, Alexandre Valentim Lourenço foi recebido pelo Conselho de Administração do Hospital Distrital de Santarém (HDS). O diretor clínico, Paulo Sintra, admitiu nessa reunião, que a unidade hospitalar padecia da falta de especialistas – um problema comum a muitos hospitais – mas que não dispunha de condições para resolver esse problema, agravado com uma situação em que estão “assoberbados de doentes não-covid”. Trata-se de uma “incapacidade de gerir o que não podemos gerir”, disse, sustentando que “os hospitais deveriam ter uma tutela financeira”.

O presidente do Conselho Regional do Sul lamentou que não fossem conhecidos ainda os dados anuais de doenças como a diabetes, o HIV ou as oncológicas, para se ter noção da verdadeira dimensão dos efeitos das medidas para enfrentar a pandemia.

Contudo, corroborou a ideia de Paulo Sintra quanto à necessidade de instrumentos financeiros. “Temos a perfeita noção que a maior parte dos problemas derivam do facto de as equipas dos hospitais e também os profissionais não terem autonomia de decisão. Ou seja, sabemos o que é que precisamos de fazer para cuidar melhor dos doentes, mas não temos os instrumentos de que devíamos dispor, financeiros e de contratação, que nos permitissem resolver esses problemas”.

E o dirigente advertiu que em função dessa falta de condições, “normalmente o ónus, para a população,



Reunião com médicos no Hospital de Santarém, que mantém muitas dificuldades nas urgências, com forte recurso a tarefeiros

recai em cima dos médicos, quando isso não deveria acontecer, porque a verdade é que os médicos e os hospitais carecem de capacidade para resolver esses problemas”.

Alexandre Valentim Lourenço considerou ainda que a cedência de autonomia aos hospitais passaria também por um reforço do financiamento do SNS, que se tem mantido a níveis baixos desde o período da *troika*.

O presidente do CRS e a presidente do Conselho Sub-regional do Ribatejo, também diretora do serviço de Psiquiatria do HDS, reuniram-se depois com os colegas no auditório da unidade de saúde, onde marcaram presença muitos médicos, mesmo garantindo a permanência necessária nos vários serviços.

O dirigente explicou no início da reunião, que o propósito era “ouvir os colegas” sobre a situação e identificar os problemas novos ou verificar se os que havia há cerca de três anos, quando visitou o Hospital de Santarém e havia a promessa de um bloco operatório cuja obra demorou a fazer-se, o que criava “muitos constrangimentos na atividade cirúrgica, designadamente na capacidade cirúrgica da ortopedia”.

Outro dos problemas que se faziam sentir na altura era na urgência, que “funcionava um pouco desgarrada do resto do hospital, com recurso a muitos tarefeiros e uma certa incapacidade de gerir o número de doentes em observação, com muito afluxo de população mais idosa”, disse.

# 50 anos de inscrição / 2020

Seis dezenas de médicos receberam as medalhas que assinalam os 50 anos de inscrição na Ordem dos Médicos já cumpridos em 2020. O Conselho Regional do Sul, que no ano passado se viu impedido de realizar a iniciativa, entregou as medalhas aos colegas que se inscreveram em 1970, numa cerimónia que decorreu no Salão de Eventos da Região do Sul, no dia 30 de setembro.

A cerimónia, a que presidiu Alexandre Valentim Lourenço, presidente do Conselho Regional do Sul, acompanhado pelo vice-presidente, Jorge Penedo, incluiu uma receção e um almoço de convívio entre os médicos, no fim do qual foram entregues as medalhas. O presidente do Conselho Regional do Sul, numa curta intervenção, assinalou a importância que os médicos da geração homenageada tiveram na

criação das bases do Serviço Nacional de Saúde. Presentes no almoço e na cerimónia que se seguiu estiveram também Margarida Sousa, presidente do Conselho Médico da Região Autónoma dos Açores, e Daniel Travancinha, presidente do Conselho Sub-regional de Setúbal da Ordem dos Médicos. No final da entrega de todas as medalhas, dois dos homenageados dirigiram-se aos seus colegas de curso. Numa dessas intervenções, Correia da Cunha sublinhou o empenho que, em 1967, os estudantes de Medicina puseram no apoio ao socorro às vítimas das graves cheias que ocorreram em Lisboa. Por seu turno, Francisco Crespo recordou como foi possível a criação do internato geral, conseguido com a intervenção de médicos do seu tempo.



# Situação no Hospital de Faro ultrapassou os limites

**A dificuldade em preencher as escalas da urgência pediátrica no Hospital de Faro está a levar à exaustão dos médicos. O presidente do Conselho Sub-regional de Faro considera que a situação “já bateu no fundo”, mas que parece haver sempre mais fundo, enquanto o presidente do conselho Regional do Sul não duvida que há muito foi ultrapassado o limite. Os dois dirigentes disseram-no numa reunião com os médicos, no dia 23 de novembro.**

Alexandre Valentim Lourenço, acompanhado por Ulisses Brito, presidente do Conselho Sub-regional de Faro, e Teresa Ferreira, do Conselho Regional do Sul, reuniu-se com os médicos na sequência das informações públicas que davam conta das dificuldades que enfrenta o hospital, em várias especialidades, mas particularmente na área da Pediatria e da Obstetrícia.

Ulisses Brito abriu a reunião com os colegas usando uma frase forte: “Isto já bateu no fundo”. Mas, O dirigente admitiu que neste momento “é sempre difícil saber onde está o fundo, porque dá a ideia que o fundo vai sempre baixando e tem havido sempre mais qualquer coisa para descer, parece a fossa das Marianas”.

O presidente do Conselho Sub-regional recordou por seu turno que a situação do hospital não é “infelizmente nova”, mas no momento “tudo parece estar ainda pior do que há dois anos atrás” e foram “ultrapassados os limites”.

“O nosso propósito, naturalmente, é fazer com que o governo encontre soluções para os problemas”, disse o presidente do Conselho Regional do Sul, que apontou o facto de “ter havido 30 anos imutáveis no SNS”, como uma das razões para o estado a que o serviço público de saúde chegou, que está agora “totalmente desorganizado”.

Embora se identifiquem problemas semelhantes em quase todos os hospitais mais periféricos, Alexandre Valentim Lourenço sublinha que o caso de Faro é mais grave ainda, porque os hospitais mais próximos



Alexandre Valentim Lourenço ouviu os médicos do hospital de Faro, onde fazer as escalas de urgência se tornou um exercício muito difícil.

que podem servir para referência estão quase a 300 quilómetros.

Na verdade, perante a situação que se revela nas informações já recolhidas, o presidente do CRS entende que seria de considerar o encerramento da urgência pediátrica, “mas num hospital tão distante dos que o poderiam substituir isso seria ainda mais arriscado”.

Os pediatras presentes na reunião traçaram o quadro muito difícil que se vive no serviço. Na altura o serviço dispunha de duas pediatras com mais de 55 anos a fazer urgência e mais três com menos de 50 anos, quando as necessidades de pessoas aptas a fazer urgência deveria ser de 14. Isto numa urgência que tem uma média diária que raramente baixa até aos cem atendimentos.

A situação levou a diretora do serviço, que considerava o caso como “trabalho escravo”, a apresentar a demissão das funções. Por exemplo, a escala que estava preparada já para janeiro tinha muitos dias sem possibilidade de dar resposta com a presença de especialistas qualificados.

De resto, a regra é ter, durante o dia, um pediatra, um interno e dois clínicos gerais e, à noite, equipas mais ou menos semelhantes, muitas vezes apenas com um clínico geral. “É uma aflição ser-se diretora de serviço e não se conseguir dar resposta à população”, disse a diretora. Mesmo assim, ressaltou que durante os meses de novembro e de dezembro, com recurso a muitos sacrifícios dos médicos especialistas, que trabalhavam às vezes 36 horas seguidas, foi possível manter a escala sem recorrer à chefia de internos.



# Défice de especialistas afeta Hospital Fernando Fonseca

**O presidente do Conselho Regional do Sul reuniu-se com médicos do Hospital Fernando Fonseca, no dia 17 de dezembro. Foram muitas as preocupações manifestadas pelos colegas pela falta de especialistas de que sofre aquela unidade hospitalar e que não difere muito do panorama de outros hospitais do Sul.**

Alexandre Valentim Lourenço ouviu os médicos que se reuniram no auditório e apontou a falta de autonomia dos hospitais para contratação como a grande dificuldade de repor recursos humanos, aliada à baixa atratividade de que o Serviço Nacional de Saúde padece.

A razão mais plausível para a falta de autonomia e de recursos humanos será o subfinanciamento crónico do SNS. O presidente do Conselho Regional do Sul considerou que “o financiamento mantém-se o mesmo em percentagem do PIB, que é dois por cento em média abaixo do financiamento dos países da OCDE”. O dirigente recordou que “em 2011, na altura da troika, a percentagem era de 4,9 e agora oscila entre os 5,1 e os 5,2 desde há seis anos, quando antes da intervenção da troika essa percentagem era de 6,3”. “Com o acréscimo de 2% do PIB para financiamento da Saúde, poderíamos dispor de mais 4 mil milhões de euros, o que daria para comprar equipamentos novos, pagar melhor aos profissionais e reorganizar, porque precisamos de uma maneira diferente de atuar”, disse aos médicos.

A propósito da falta de especialistas, Alexandre Valentim Lourenço deu o exemplo recente de no concurso de acesso à especialidade, este ano, terem ficado vagas por preencher, o que revela “uma nova realidade” que é muito importante avaliar.

Os médicos presentes referiram problemas vários no funcionamento dos serviços, admitindo também que a questão da falta de autonomia na contratação é um obstáculo relevante, mas sublinharam igualmente os problemas de interligação entre os hospitais e os centros de saúde e defenderam a necessidade de “uma atitude conjunta” que force as soluções necessárias para repor o modelo de funcionamento.

No caso dos Cuidados de Saúde Primários, o presidente do Conselho Regional do Sul recordou que a área metropolitana de Lisboa tem “um grande défice de médicos de família”, o que torna a interligação ainda mais difícil, mas também agrava o afluxo de doentes à urgência, muitos deles sem médico de família atribuído.

A questão das urgências é tradicionalmente grave no Hospital Amadora-Sintra, com a acumulação de utentes em espera numa unidade hospitalar que está subdimensionada, mas que sofre os efeitos do afluxo de doentes considerados não urgentes, particularmente na altura da visita do presidente do CRS, quando se começou a registar um aumento de casos de covid.

Um dos médicos referiu mesmo que a linha SNS24 tem contribuído para o estado atual de pressão no serviço, uma vez que tem encaminhado doentes que não necessitam de assistência urgente e dado indicação para teste a crianças que não têm sintomas.

No internamento, o panorama também é complicado, uma vez que são muitos os idosos que estão internados por falta de possibilidade de encaminhamento para as famílias ou outras unidades de retaguarda.

A Obstetrícia é um serviço “em permanente estado de contingência”, referiu também uma das médicas da especialidade, que lamenta o agravamento do défice de recursos nesta área.

No final da reunião, Alexandre Valentim Lourenço falou aos jornalistas, a quem disse que a falta de recursos humanos é “generalizada a todos os hospitais” do Sul e, em específico, da Área Metropolitana de Lisboa, onde as idas às urgências estão em níveis anteriores à pandemia.



Médicos preocupados com o forte afluxo à urgência, perante incapacidade de haver contratação de mais especialistas



# Novo hospital de Évora exige diálogo e articulação

**A demora entre o projeto e a obra é um dos problemas de que Portugal padece e que tem afetado a construção do novo hospital de Évora. Num debate sobre esta nova unidade hospitalar, Alexandre Valentim Lourenço apontou este aspeto como prejudicial à boa conclusão dos projetos, considerando que “o desvio do tempo também traz muitas dificuldades” e que o futuro exige “diálogo e articulação”.**

O Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos e o Conselho Sub-regional de Évora promoveram, no dia 25 de novembro, na Fundação Eugénio de Almeida, o debate «Hospital Central do Alentejo – Desafios da Articulação de Cuidados», para refletir sobre o passado do projeto e as perspetivas de funcionamento futuro.

As intervenções e a discussão centraram-se nos problemas que conduziram ao prolongado período de espera pelo início da construção desta unidade hospitalar, com todas as dificuldades que tem enfrentando o atual hospital, com manifesta incapacidade de instalações, e a necessidade de articulação dos diferentes níveis de cuidados, para que a resposta à população melhore significativamente, num espaço em que têm faltado recursos humanos.

O debate teve como moderadora a presidente do Conselho Sub-regional de Évora da Ordem dos Médicos, Augusta Portas Pereira, e contou ainda com as participações de Isabel Pita, diretora clínica do Hospital do Espírito Santo de Évora, e Nuno Jacinto, presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.

O atraso entre o projeto e a obra, que só no final do ano de 2021 começou, foi significativo, mas, entretanto, se os profissionais também não forem chamados a pronunciar-se, o futuro pode não corresponder aos anseios da população e dos médicos e enfermeiros. Segundo Alexandre Valentim Lourenço, para que um projeto desta importância chegue a bom termo “é necessário que haja diálogo e articulação com os profissionais”.



Debate sobre o Hospital Central do Alentejo decorreu no Auditório da Fundação Eugénio de Almeida

Agora que finalmente a obra está em curso, Alexandre Valentim Lourenço considera que reunir estas circunstâncias é o mais importante e só será possível com uma diferente atitude da tutela, que dote a unidade hospitalar e as outras unidades de saúde, como os cuidados de saúde primários e mesmo os cuidados continuados, de formas de articulação viáveis.

A presidente do Conselho Sub-regional de Évora referiu por seu turno que muito do futuro pode estar na mão dos profissionais. Para Augusta Portas Pereira, os médicos “têm formas de pressionar os políticos”, com o objetivo de influenciar boas políticas de saúde. “Nós é que temos que nos organizar”, disse, referindo-se à necessidade de dar respostas conjuntas e criar soluções.

“Precisamos de voltar a ser médicos de família”, disse Nuno Jacinto na sua intervenção, referindo-se às tarefas relacionadas com a pandemia que estes especialistas têm a seu cargo. O presidente da APMGF lamentou também que neste contexto “os diferentes sistemas não comuniquem”, o que não augura nada de bom para a futura articulação de cuidados entre o hospital e os CSP.

Isabel Pita, que apresentou o projeto do novo Hospital Central do Alentejo referindo as principais vantagens e desafios, disse na sua intervenção que o Hospital Central do Alentejo “irá distinguir-se pelas novas tecnologias e por dispor de instalações modernas”, o que, considerou, “deverá também corresponder a uma nova forma de articulação entre profissionais de saúde e a uma mudança de paradigma, que deverá ser delineada desde já”.

# Projeto #9

## Unidade de Hospitalização Domiciliária da ULSAM

### DIANA GUERRA

Diretora do Serviço de Medicina I do Hospital de Santa Luzia,  
Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), Viana do Castelo



**A hospitalização domiciliária é um modelo assistencial alternativo ao internamento hospitalar convencional, com capacidade de dispensar no domicílio cuidados e tratamentos semelhantes aos proporcionados no hospital a determinados doentes e patologias. Este modelo já é amplamente usado noutros países, como em Espanha, França, Brasil e Canadá. Em Portugal, o Hospital Garcia da Orta foi pioneiro neste tipo de internamento. Foi a partir do conhecimento do que era feito noutros países e dos resultados encorajadores que a primeira Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) em Portugal apresentou que nos surgiu a vontade de implementar este modelo de prestação de cuidados no distrito de Viana do Castelo.**

#### **(nortemédico) – Quando se iniciou e como surgiu esta iniciativa?**

(Diana Guerra) – De forma a desenvolver este modelo foi criado um grupo de trabalho no Serviço de Medicina do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo. Na época – estávamos no início de 2018 – ainda não havia muitas experiências nesta área. Cientes da importância da hospitalização domiciliária, sabíamos que tínhamos um longo caminho a percorrer de aprendizagem. O desenvolvimento deste processo não se delimitou à equipa da UHD. Foi necessário percorrer todos as etapas para a sua implementação, desde a apresentação e aprovação pelo Conselho de Administração, ao envolvimento dos colaboradores do serviço e criação de pontes com os outros serviços diretamente envolvidos no projeto, até aos doentes e família. É conhecida a dificuldade no planeamento e implementação de projetos que impliquem uma profunda alteração das estruturas tradicionais. Esta foi, também, a perceção da equipa que esteve no início da atividade desta Unidade: depois de apresentado este novo projeto de gestão em cuidados de saúde, foi necessário encarar e lidar com a propensão para a resistência à mudança e mesmo alguma atitude de negação em vários níveis da instituição. Nesse processo de cultura da mudança foi essencial o profundo compromisso de

todos os elementos da UHD na partilha dos objetivos e resultados.

#### **Qual é o público-alvo?**

De acordo com a Norma da UHD, esta Unidade tem por missão proporcionar uma alternativa ao internamento hospitalar convencional, capaz de proporcionar, em determinadas patologias, o tratamento e cuidados exigentes de forma eficiente e segura, em ambiente domiciliário (residência numa distância não superior a 15 km da base da equipa). O público-alvo é constituído pelos doentes com diagnóstico estabelecido, sendo composto maioritariamente por descompensação de patologias crónicas (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Insuficiência Cardíaca, Diabetes Mellitus, Cirrose hepática), doenças infecciosas agudas (adquiridas na comunidade ou hospitalares) que requerem tratamento antibiótico parentérico, intercorrências em doentes oncológicos e doença oncológica ou processo orgânico degenerativo em situação terminal que requerem cuidados paliativos intensivos e/ou especializados – nestas situações em estreita articulação com a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP). Os requisitos para a admissão são elencados de forma rigorosa, pois os cuidados a prestar no domicílio têm de atingir os objetivos sem nunca



prejudicarem o doente, ou seja, nunca poderá haver qualquer redução no desempenho. Pelo contrário, procuramos obter melhores resultados, ao contribuir para a diminuição de algumas complicações decorrentes de internamento em enfermaria.

### **Qual é o principal objetivo ou inovação deste projeto?**

É uma mais valia com ganhos em qualidade nas vertentes sociofamiliares, com maior comodidade para o doente e para a família, com ganhos em eficiência, com outcomes clínicos favoráveis: proteção do risco de infeções adquiridas em ambiente hospitalar, causadoras de morbi-mortalidade significativa e de prolongamento dos tempos de internamento, a prevenção da síndrome confusional, diminuição da taxa de reinternamentos e uma melhor gestão de recursos – libertação de camas hospitalares para outras situações clínicas. Estes foram, aliás, alguns dos itens propostos e incluídos no projeto inicial, como indicadores para a avaliação e monitorização do desempenho, passo indispensável na gestão de qualquer projeto e, ainda mais, num com características inovadoras. Também constituiu um contributo para a mudança da organização hospitalar, aumentando a disponibilidade de camas tanto para admissão programada quanto para admissão urgente em hospitalização convencional.

### **Considera que este é um projeto que se traduz numa melhoria da qualidade, eficiência ou humanização dos cuidados de saúde prestados aos doentes?**

A Hospitalização Domiciliária insere-se nos novos modelos da prestação de cuidados de saúde, que abrangem as vertentes que constituem os seus pilares: segurança, efetividade, eficiência, equidade, acessibilidade, continuidade de cuidados e o respeito pelas características individuais dos doentes. Estes são os pilares da qualidade, que já não pode ser considerada uma opção, mas sim uma exigência na

gestão na saúde em geral e com especial relevo no SNS. A Medicina Interna da ULSAM e toda a equipa das várias áreas que integram a UHD querem fazer parte ativa dos avanços desta nova medicina.

### **Qual tem sido o seu impacto na comunidade médica e sociedade em geral?**

Tivemos sempre uma forte motivação dos profissionais envolvidos e uma significativa aceitação por parte dos doentes e seus familiares. No entanto, apesar dos resultados positivos, fomos confrontados, no decurso da pandemia pelo SARS-CoV-2, com a orientação por parte dos órgãos de gestão da ULSAM de suspender a atividade, baseada numa preocupação de centralizar todos os recursos humanos na resposta às necessidades dos internamentos pela COVID-19. Compreendendo que possa ter sido uma preocupação legítima, como diretora de um dos serviços que foram reorganizados para o internamento destes doentes, senti e assisti ao esforço de toda a equipa do serviço, sem exceção. Assim, baseada na atividade desenvolvida por outras unidades que se mantiveram abertas, acredito que a UHD poderia ter sido parte da solução desses internamentos. Esse não foi o caminho escolhido pela Direção Clínica e, nas semanas seguintes, assistimos, também, à realocação de Internistas noutros departamentos hospitalares.

### **Que balanço faz? Quais são as expectativas para o futuro?**

Agora estamos no momento de olhar o futuro. E esse pode ser vislumbrado pelo enorme desenvolvimento de outras Unidades que nasceram noutras Instituições e se desenvolveram de forma muito positiva, apesar de todas as dificuldades que vão tendo. Não posso deixar de sublinhar a Medicina Interna como especialidade chave na organização e prestação de cuidados específicos em situação de doença aguda e a doentes complexos, de forma inovadora e desafiante – afinal estamos a tratar doentes com elevados níveis de exigência de cuidados médicos. As entidades e os sistemas de



saúde manifestam uma preocupação crescente com a melhoria contínua da qualidade e o desenvolvimento de elevados padrões de desempenho, que englobam a transparência, a responsabilização e a promoção da satisfação das necessidades dos profissionais e dos utilizadores dos serviços.

**Qual é a sua opinião sobre esta nova iniciativa do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM)?**

A iniciativa do CRNOM de divulgar novos projetos implementados nos organismos de saúde revela-se



como uma forma de dar a conhecer e promover a inovação. Este é um dos papéis fundamentais da Ordem dos Médicos, atenta à atividade dos médicos, em defesa dos doentes, afinal de todos nós.

## Projeto #10

# “Programa de Transplantação Pancreática” do CHUP

### JOSÉ DAVIDE

Assistente Hospitalar Graduado Sênior de Cirurgia Geral e diretor do Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Universitário do Porto



O Programa de Transplantação Pancreática do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP) ocupa um lugar ímpar e histórico no panorama da transplantação em Portugal. Foi reconhecido, pelo Ministério da Saúde, como Centro de Referência para a área do Transplante do Pâncreas, em 8 de outubro de 2015. Centro pioneiro e, durante vários anos, único em Portugal, dotado duma experiência inestimável, acumulada ao longo de 21 anos, conta, até à data, com 266 transplantes de pâncreas efetuados. Encontra-se, atualmente, integrado no âmbito do Centro de Transplantação, interagindo com o Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantes e com os restantes Programas de Transplantação, nomeadamente de Fígado, Rim e Córnea. O Programa de Transplantação Pancreática do CHUP inclui a colheita e o transplante de órgão nas suas diversas modalidades disponíveis: transplante pâncreas-rim simultâneo, transplante de pâncreas após rim, transplante de pâncreas isolado, retransplante de pâncreas. Duma forma genérica, o transplante pâncreas-rim simultâneo está indicado na diabetes insulínica com insuficiência renal, a modalidade pâncreas após rim tem indicação nos diabéticos insulínica que já fizeram transplante renal, o transplante de pâncreas isolado tem indicação na diabetes lábil ou com hipoglicemias assintomáticas e o retransplante é destinado aos doentes que perderam o enxerto pancreático. Os enxertos pancreáticos são provenientes de doadores cadáveres. Os cirurgiões são oriundos da Unidade Hépato-biliar e Pancreática do Serviço de Cirurgia Geral e comuns à Equipa de Colheita e Transplantação de Pâncreas e Fígado, com todas as vantagens inerentes à experiência alcançada nas vertentes abraçadas.

### **(nortemédico) – Quando se iniciou e como surgiu esta iniciativa?**

(José David) – O aumento da esperança média de vida, inerente ao progresso científico, deu origem ao incremento da prevalência de doenças crónicas. A diabetes é uma dessas entidades e constitui um significativo problema de Saúde Pública a nível nacional e para além-fronteiras. O advento do transplante de pâncreas, preconizado por William Kelly e Richard Lillehei, em 17 de dezembro de 1966, na Universidade de Minnesota, brindou a comunidade médica com a opção, ainda hoje, mais atrativa para substituir a função endócrina da glândula em Doentes portadores de diabetes insulino-dependente. O Centro Hospitalar Universitário do Porto, já com a capacidade totalmente instalada para a transplantação renal e hepática, comungando dum espírito permanentemente inovador, implementou o Programa de Transplantação Pancreática, edificado e organizado em torno de profissionais que partilhavam a paixão pela transplantação, símbolo cintilante da solidariedade humana. Assim nascia o Programa de Transplantação Pancreática do Centro Hospitalar Universitário do Porto, que iniciou a sua atividade no dia 3 de maio de 2000, o qual tenho o privilégio de integrar desde a sua génese. Fundador do Programa de Transplantação Pancreática, o Dr. Manuel Teixeira exerceu as funções de Diretor até 7 de julho de 2011, data a partir da qual assumi as funções de Diretor, cargo que mantenho até ao presente.

### **Quem são os responsáveis/intervenientes na sua organização?**

O Programa de Transplantação Pancreática do Centro Hospitalar Universitário do Porto engloba uma equipa multidisciplinar representada por múltiplas especialidades que unem esforços em prol dum objetivo comum: a obtenção de resultados de excelência na transplantação pancreática. Integra, harmoniosamente, profissionais de várias áreas: Cirurgia Geral, Nefrologia, Angiologia e Cirurgia Vascular, Urologia, Anestesiologia, Infeciologia, Medicina Intensiva, Hematologia, Imuno-hemoterapia, Patologia Clínica, Imunologia, Microbiologia, Anatomia Patológica, Radiologia, Endocrinologia, Medicina Interna, Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Psiquiatria, Nutrição, Coordenação de Colheitas e Transplantes, Enfermagem, Assistência Social, Informática, Estatística, Serviços Administrativos e Auxiliares de Ação Médica. A experiência é partilhada e integrada, em benefício de todos, profissionais e utentes. Qualquer outra

especialidade não mencionada, por não se encontrar na estrutura central, mas disponível no Centro Hospitalar Universitário do Porto, poderá colaborar com o Programa de Transplantação Pancreática, nomeadamente Cirurgia Maxilofacial, Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética, Dermato-Venereologia, Estomatologia, Genética Médica, Fisiatria, Imunoalergologia, Neurocirurgia, Neurorradiologia, Oncologia Médica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Reumatologia, entre outras.

### **Qual é o público-alvo?**

A principal população-alvo é constituída por portadores de diabetes tipo 1. Pode, também, ser preconizada para doentes com diabetes tipo 2 devidamente selecionados, outras formas de diabetes após pancreatectomia e fibrose cística. De acordo com o relatório do Observatório Nacional da Diabetes, em 2015, a prevalência estimada da diabetes na população portuguesa, com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, foi de 13,3%, o que significa que mais de 1 milhão de portugueses, nesse grupo etário, tinha diabetes. A diabetes encontra-se associada a complicações devastadoras que acrescem morbilidade e mortalidade aos portadores da doença: nefropatia, retinopatia, cardiopatia, neuropatia e arteriopatia. A descoberta dos antidiabéticos orais e da insulina não significou a cura, mas, apenas, o controlo parcial da doença. As restrições e limitações impostas aos doentes alimentaram a procura de alternativas terapêuticas. A transplantação pancreática floresceu e permaneceu como a alternativa mais efetiva.

### **Considera que este é um projeto que se traduz numa melhoria da qualidade, eficiência ou**



Imagem intraoperatória da implantação dum enxerto pancreático durante um transplante de pâncreas realizado no Centro Hospitalar Universitário do Porto.



O Diretor do Programa de Transplantação Pancreática do Centro Hospitalar Universitário do Porto e Coordenador do Centro de Referência para a área do Transplante do Pâncreas a receber a distinção, no Centro Cultural de Belém, no dia 11 de março de 2016.



Participação na First World Consensus Conference On Pancreas Transplantation, que decorreu em Pisa, Itália, de 17 a 19 de outubro de 2019.

### humanização dos cuidados de saúde prestados aos doentes?

A introdução da imunossupressão, marco indelével e ímpar na Medicina, a par dos avanços na técnica cirúrgica e anestésica, culminou com a obtenção de resultados de excelência no que diz respeito às sobrevivências de enxerto e recetor. A questão fulcral permanece, apesar dos valiosos progressos, na doação de órgãos. Nos últimos 25 anos, tem-se assistido a um aperfeiçoamento dos resultados obtidos na transplantação pancreática, fruto de múltiplos fatores que incluem refinamento na técnica cirúrgica, melhoria nos cuidados prestados ao doente, avanços na imunossupressão e nas soluções de preservação.

### Qual tem sido o seu impacto na comunidade médica e sociedade em geral?

Os resultados do Programa de Transplantação Pancreática do Centro Hospitalar Universitário do Porto são de excelência, ao nível dos obtidos nos melhores centros internacionais. O impacto desses resultados traduz-se no constante e evidente reconhecimento dos nossos doentes, da nossa sociedade em geral e da nossa comunidade médica, nacional e internacional. O expoente deste reconhecimento foi o convite que nos endereçaram (a mim e à Dra. Donzília Sousa Silva) para integrar o Comité de Validação, composto por 14 peritos, da First World Consensus Conference On Pancreas Transplantation, que decorreu em Pisa, Itália, de 17 a 19 de outubro de 2019, acontecimento histórico ímpar no campo da transplantação pancreática, que culminou, muito recentemente, com a publicação de dois manuscritos na revista "American Journal of Transplantation", os quais, honrosamente, integramos. Os laços de amizade que nos unem ao Professor Ugo Boggi, figura eminente da transplantação pancreática a nível mundial, que trabalha na

Universidade de Pisa, são também reflexo do impacto do nosso trabalho além-fronteiras.

### Que balanço faz? Quais são as expetativas para o futuro?

O balanço do Programa de Transplantação Pancreática do Centro Hospitalar Universitário do Porto é, acima de tudo, recompensador pelo contributo que vislumbramos na melhoria da vida dos nossos doentes. As expetativas são múltiplas. O incremento da casuística e a expansão de modalidades são metas a alcançar. Estas só serão alcançadas se aliarmos, à nossa permanente disponibilidade, a promoção da referenciação e a expansão de potenciais dadores para pâncreas. No domínio da expansão de dadores elegíveis para pâncreas, o trabalho é árduo, mas a caminhada já foi iniciada. A investigação dos fatores preditivos de perda do enxerto pancreático permite-nos estabelecer uma estratégia rigorosa de seleção de dadores com critérios expandidos, ponderando variáveis de risco e evitando associações potencialmente letais para o enxerto. O progresso científico ditará novas metas que estaremos dispostos a abraçar sempre com o horizonte no lema da Transplantação Pancreática, que se vislumbra na frase que reflete a sua doutrina: "We work for that day when the word diabetes will hold neither meaning nor power".

### Qual é a sua opinião sobre esta nova iniciativa do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM)?

Trata-se de uma iniciativa revestida de indiscutível mérito, que permite dar voz e visibilidade à missão que, humildemente, cultivamos, dia-a-dia, numa busca incessante de mais e melhor Saúde para todos. O conhecimento deve ser partilhado para a edificação dum futuro de excelência.



# Relação médico-doente: a gestão da doença na transformação digital

## ANTÓNIO ARAÚJO

Diretor do Serviço de Oncologia Médica do Centro Hospitalar Universitário do Porto; Professor Catedrático Convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

Um diagnóstico correto exige que as queixas e as alterações que o utente apresenta, bem como a anamnese e o exame físico, sejam interpretadas e valorizadas de acordo com a literacia e a situação psicossocial daquele, e também à luz dos conhecimentos científicos e do entendimento que o médico fizer da situação relatada. É compreensível que as mesmas queixas possam significar uma doença importante, uma doença menos relevante ou serem a consequência de uma patologia psicológica.

Para se fazer a destriça entre os múltiplos diagnósticos diferenciais, o médico tem que ser capaz de estabelecer uma relação de confiança com o seu utente, uma ligação empática, que permita entender e valorizar corretamente o contexto e o quadro apresentados, dar-lhes suporte científico e estabelecer um programa de tratamento. Esta conexão pode ser, por si só e ainda, razão da melhoria do quadro clínico, dispensando a utilização de medicação ou de exames complementares de diagnóstico. Pelo que, quanto mais o médico compreender emocionalmente o seu utente, empatizar com ele, maior é a probabilidade de ter sucesso no processo curativo. Por todos estes motivos, a relação médico-doente, que se estabelece numa consulta, é uma relação estritamente humana, insubstituível, estabelecida entre quem sofre e quem procura aliviar esse sofrimento.

Atualmente, assistimos a uma intensa transformação digital na área da saúde. Já não é apenas a digitalização do processo clínico ou da imagiologia, a requisição e relatórios dos meios complementares de diagnóstico, a existência de bases de dados sobre a saúde dos cidadãos, ou o apoio que pode conferir à gestão das unidades de saúde. A digitalização na saúde incrementou muito o seu âmbito, como a utilização da robótica

em cirurgias minimamente invasivas e com o cirurgião à distância, a aplicação da sequenciação genética para a personalização da terapêutica, a introdução da inteligência artificial para criar algoritmos que permitem um diagnóstico mais rápido e preciso ou simplificar os tempos de pesquisa e de desenvolvimento de novos medicamentos, assim como a utilização de dispositivos eletrónicos vestíveis para melhorar o controlo e a monitorização de doentes crónicos ou para melhorar e incentivar os cidadãos a ter hábitos de vida saudáveis. É evidente, no entanto, que toda esta tecnologia, quantas vezes disruptiva, apresenta, ainda, algumas fragilidades. Entre estas, podem-se salientar as questões da privacidade, da segurança, da interoperabilidade ou da integridade dos dados, bem como a possibilidade de se generalizar a informação recolhida e os assuntos da sua governação.

Se todo este cenário poderá fazer parte do futuro mais ou menos próximo, com grandes vantagens para os doentes e para os médicos, também não é menos certo que existe muita confusão sobre o que deve ser a digitalização em saúde e quais os seus limites.

Muito se tem falado nas vantagens da telemedicina e do seu uso generalizado, particularmente pela poupança de tempo, de despesas e de deslocação para os médicos e seus utentes. Mas se isto pode ser verdade para pessoas que vivem em lugares remotos ou com um limitado acesso aos serviços de saúde, ou para casos pontuais, evitando-se, assim, a vinda à unidade de saúde apenas para observação de uma análise de rotina ou para a prescrição de uma receita, particularmente nos utentes idosos ou frágeis, tal é completamente erróneo quando se pretende substituir amplamente as consultas médicas presenciais por contactos telefónicos ou videochamadas.

A digitalização em saúde deve ser complementar à relação médico-doente, permitindo melhorar a monitorização dos doentes, fornecer-lhes mais informação e ajudando a adquirir hábitos de vida saudáveis, possibilitando a tomada de decisão clínica pelo médico, melhorando a eficiência das unidades de saúde e promovendo um sistema de saúde mais acessível e equitativo.

seguro

# responsabilidade<sup>1</sup> civil



A sua vida é cuidar  
dos outros.  
Para cuidar de si,  
conte connosco.



**Nenhuma profissão está livre de risco**, e o maior risco de um Médico é tomar uma decisão errada. Tome a decisão certa e adquira o nosso seguro Responsabilidade Civil Profissional.

Destacamos que garantimos as despesas da sua representação em processos judiciais e indemnizações a terceiros em caso de:

- diagnóstico desadequado
- prescrição inadequada de medicamentos
- erro médico, entre outros

Contacte já um **Mediador Ageas Seguros** ou consulte [www.ageas.pt/medicos](http://www.ageas.pt/medicos)

Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A.  
Sede: Rua Gonçalo Sampaio, 39, Apart. 4076, 4002-001 Porto. Tel. 22 608 1100.  
Matrícula / Pessoa Coletiva N.º 503 454 109. Conservatória de Registo Comercial do Porto. Capital Social 7.500.000 Euros.

PUB. (01/2021). Não dispensa a consulta da informação pré-contratual e contratual legalmente exigida.  
Existem exclusões previstas na apólice.



um mundo para  
proteger o seu

1-3 DE ABRIL DE 2022

# CENÁRIOS PARA 2040

A MEDICINA NO TEMPO PÓS-COVID

24º CONGRESSO NACIONAL DA ORDEM DOS MÉDICOS  
REITORIA DA UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



ORDEM DOS MÉDICOS